



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOENTE ADULTO/IDOSO COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA**

**José António Dias Feiteirona**

Orientação: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação - Relatório de Estágio*

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOENTE ADULTO/IDOSO COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA**

**José António Dias Feiteirona**

Orientação: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação - Relatório de Estágio*

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOENTE  
ADULTO/IDOSO COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA**

**José António Dias Feiteirona**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

**Júri:**

**Presidente:** Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Doutorado em Educação)

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

**Arguente:** Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Doutorado em Ciências da Educação)

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

**Orientador:** Eugénia Nunes Grilo (Doutorada em Enfermagem)

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

Data: 17 de julho de 2020

## **RESUMO**

Este relatório de estágio visa descrever o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre, evidenciando os resultados de um programa de intervenção em enfermagem de reabilitação em doentes com a deglutição comprometida. A deglutição comprometida apresenta elevada prevalência na população idosa e em pessoas com doenças neurológicas, com impacto a nível biopsicossocial pelo risco de pneumonia de aspiração, desnutrição, desidratação e privação social. Está relacionada com o aumento das taxas de mortalidade e dos custos em saúde. As evidências científicas apontam para a importância da deteção precoce, de uma abordagem sistemática e multidisciplinar.

A avaliação e reeducação da deglutição são atividades que se incluem nas competências da enfermagem de reabilitação. Assim, a partir da identificação de tal compromisso, aplicou-se um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação em cinco doentes, visando a promoção da deglutição segura e fomentando a sua independência. Eventualmente associado a tempos de internamento muito curtos, nenhum doente recuperou totalmente a função, contudo nos cinco doentes estudados, três melhoraram do compromisso da deglutição e da necessidade de dieta adaptada, salientando o benefício de se desenvolverem intervenções para a continuidade dos cuidados. A metodologia de estudo de casos e a análise reflexiva sobre as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos permitiram ajuizar sobre as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do estágio.

Palavras-chave: Deglutição Comprometida, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, Competências

## **ABSTRACT**

This internship report aims to describe the development of skills of specialist nurse and master, showing the results of an intervention program in rehabilitation nursing in patients with impaired deglutition. Compromised deglutition is highly prevalent in the elderly population and in people with neurological diseases, with an impact at the biopsychosocial level due to the risk of aspiration pneumonia, malnutrition, dehydration and social deprivation. It is related to the increase in mortality rates and health costs. Scientific evidence points to the importance of early detection, and of a systematic and multidisciplinary approach.

The evaluation and re-education of deglutition are activities that are included in the skills of rehabilitation nursing, so from the identification of such commitment, a program of rehabilitation nursing care was applied to five patients, aiming to promote safe deglutition and fostering their independence. Eventually associated with very short hospital stays, no patient fully recovered his function, however in the five studied patients, three improved from the deglutition impairment and the need for an adapted diet, highlighting the benefit of developing interventions for the continuity of care. The case study methodology, the reflective analysis of the activities developed and the results obtained allowed to judge about and the skills developed and acquired during the internship.

Keyword: Compromised deglutition, Rehabilitation Nursing Care, Competencies

## **AGRADECIMENTOS**

Mais uma etapa do percurso académico se encerra e emerge uma nova realidade a nível profissional. Todo o trajeto foi gratificante e impera a necessidade de endossar agradecimentos às pessoas que deram o seu contributo para a conclusão deste processo.

À Professora Doutora Eugénia Grilo, pela disponibilidade demonstrada, pela qualidade das suas críticas e pela pertinência das suas observações.

A toda a equipa de multidisciplinar da unidade de internamento que me acolheu no Estágio Final, em especial, ao Enfermeiro Chefe Carlos Almeida, Enfermeira Andreia Domingues, Enfermeira Joana Grilo e Enfermeiro João Domingos. O espírito de cooperação, a partilha e a oportunidade de experiências de aprendizagem proporcionaram o alcance dos objetivos propostos.

Aos doentes e familiares que acompanhei e com quem partilhei experiências que me ajudaram a evoluir enquanto pessoa e profissional de saúde.

À minha esposa Rute, filhas Joana e Lurdes, pais e sogros pela compreensão das longas ausências e pelas palavras de apoio e incentivo nos momentos de desânimo.

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. APRECIACÃO DO CONTEXTO.....</b>	<b>17</b>
<b>2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO .....</b>	<b>19</b>
2.1. Caracterização da Unidade de Internamento .....	19
2.2. Caracterização dos Utentes .....	21
<b>3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS .....</b>	<b>23</b>
<b>4. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E PERCURSO METODOLOGICO .....</b>	<b>28</b>
4.1. Procedimentos ético-legais .....	30
<b>5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM DOENTES COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>32</b>
5.1. Fisiologia da Deglutição .....	32
5.1.1. Fases da Deglutição.....	35
5.2. Deglutição Comprometida .....	37
5.2.1. Sinais e sintomas da deglutição comprometida .....	40
5.3. Avaliação da Deglutição .....	42
5.4. Reeducação Funcional na Deglutição Comprometida .....	45
5.5. Plano de Intervenção de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em Doentes com Deglutição Comprometida .....	51
<b>6. RESULTADOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM DOENTES COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA .....</b>	<b>57</b>
6.1. Descrição dos casos .....	60
6.1.1. Síntese dos casos .....	72
<b>7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>75</b>
<b>8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>
8.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	78
8.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ..	82
8.3. Competências de Mestre em Enfermagem.....	84
<b>9. CONCLUSÕES .....</b>	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>103</b>

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo A</b> – Pedido de autorização e parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde.....	104
<b>Anexo B</b> – Base de dados Excel das intervenções da Equipa de Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Medicina.....	107
<b>Anexo C</b> – Índice de Barthel.....	110
<b>Anexo D</b> – Escala de Força Muscular .....	112
<b>Anexo E</b> – Tabela Nacional da Funcionalidade .....	114
<b>Anexo F</b> – Índice de Tinetti.....	116
<b>Anexo G</b> – Tabela de registo de seleção dos participantes .....	119
<b>Anexo H</b> – Folha de registo da avaliação sistemática da deglutição e dos aspetos biopsicossociais.....	121
<b>Anexo I</b> – Folha de registo do plano de intervenção e atividades realizadas nas sessões .....	124
<b>Anexo J</b> – Folha de registo das avaliações intermédias.....	126
<b>Anexo K</b> – Folha de registo das reavaliações dos diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação.....	128
<b>Anexo L</b> – Consentimento Informado.....	130
<b>Anexo M</b> – Escala de Coma de Glasgow .....	132
<b>Anexo N</b> – Gugging Swallowing Screen (GUSS).....	134
<b>Anexo O</b> – Functional Oral Intake Scale (FOIS) .....	137
<b>Anexo P</b> – Terminologia das texturas dietéticas standardizada pela American Dietetic Association .....	139
<b>Anexo Q</b> – Terminologia das texturas dietéticas para os alimentos líquidos e alimentos sólidos International Dysphagia Diet Standardisation Initiative.....	141
<b>Anexo R</b> – Posturas compensatórias .....	143
<b>Anexo S</b> – Técnicas e manobras compensatórias.....	145
<b>Anexo T</b> – Índice de Massa Corporal .....	147
<b>Anexo U</b> – Plano e registo das sessões do doente A.....	149
<b>Anexo V</b> – Plano e registo das sessões do doente B .....	151
<b>Anexo W</b> – Plano e registo das sessões do doente C .....	153
<b>Anexo X</b> – Plano e registo das sessões do doente D.....	155
<b>Anexo Y</b> – Plano e registo das sessões do doente E .....	157
<b>Anexo Z</b> – Poster “Atuação de enfermagem de reabilitação no doente submetido a artroplastia total do joelho (ATJ)”.....	159
<b>Anexo AA</b> – 1. <sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local de Saúde da Guarda .....	161



<b>Anexo AB</b> – Guia orientador para doente com compromisso da deglutição / cuidador .....	163
<b>Anexo AC</b> – Cuidados de enfermagem ao doente adulto/idoso com deglutição comprometida: Revisão Integrativa de Literatura (resumo) .....	166
<b>Anexo AD</b> – 2.º Simpósio ELCOS “Um Olhar Sobre a Úlcera por Pressão” .....	168

## **INDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente A.....	61
<b>Figura 2</b> – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente B.....	64
<b>Figura 3</b> – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente C.....	66
<b>Figura 4</b> – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente D.....	69
<b>Figura 5</b> – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente E.....	71

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1</b> – Doentes avaliados segundo grupo de risco.....	57
<b>Gráfico 2</b> – Doentes com compromisso da deglutição por grau de severidade.....	57
<b>Gráfico 3</b> – Compromisso da deglutição grave – alteações na 1ª fase da Escala GUSS.....	58
<b>Gráfico 4</b> – Compromisso da deglutição moderado da Escala GUSS.....	58
<b>Gráfico 5</b> – Resultados da Escala de Coma de Glasgow.....	59
<b>Gráfico 6</b> – Evolução do doente A.....	61
<b>Gráfico 7</b> – Evolução do doente B.....	63
<b>Gráfico 8</b> – Evolução do doente C.....	66
<b>Gráfico 9</b> – Evolução do doente D.....	68
<b>Gráfico 10</b> – Evolução do doente E.....	71
<b>Gráfico 11</b> – Síntese dos resultados da Escala Guss.....	72
<b>Gráfico 12</b> – Síntese dos valores basais de Spo2.....	73
<b>Gráfico 13</b> – Síntese dos valores do Índice de Barthel.....	74

## **INDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> – Descrição da função dos pares cranianos da deglutição.....	34
<b>Quadro 2</b> – Principais perturbações encontradas em cada fase da deglutição.....	39
<b>Quadro 3</b> – Principais sinais e sintomas encontrados em cada fase da deglutição.....	41
<b>Quadro 4</b> – Exercícios reabilitação estruturas anatómicas envolvidas na deglutição orofaríngea.....	49
<b>Quadro 5</b> – Síntese da dieta recomendada ao longo do programa de intervenção.....	73

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**%** - Percentagem

**ADA** - American Dietetic Association

**AHA/ASA** - American Heart Association / American Stroke Association

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**AVD** – Atividade de Vida Diária

**AVD's** – Atividades de Vida Diárias

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DC** – Deglutição comprometida

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**ER** – Enfermagem de Reabilitação

**FOIS** – Functional Oral Intake Scale

**GUSS** - Escala The Gugging Swallowing Screen

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**Kg/m2** – Quilograma por metro quadrado

**km²** - Quilometro quadrado

**NC** – Nervo craniano

**Nº** - Número

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**RFM** – Reeducação Funcional Motora

**RFR** – Reeducação Funcional Respiratória

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SNG** – Sonda Nasogástrica

**SpO2** – Saturação periférica de oxigénio

**U-AVC** – Unidade de AVC

**UC** – Unidade Curricular

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**WGO** – World Gastroenterology Organization

**TNF** – Tabela Nacional da Funcionalidade

## **INTRODUÇÃO**

Este relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação das Escolas Superiores de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, da Universidade de Évora, do Instituto Politécnico de Beja, do Instituto Politécnico de Castelo Branco e do Instituto Politécnico de Setúbal integrado na Unidade Curricular (UC) Estágio Final da área de especialização de Enfermagem de Reabilitação (ER).

Pretendeu-se com o mesmo descrever detalhadamente todo o processo de aquisição e desenvolvimento das competências quer comuns quer específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), bem como a aquisição das competências inerentes ao grau de mestre, através da análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do estágio no qual se incluiu um projeto de intervenção em doentes com compromisso da deglutição.

Na UC Estágio Final o mestrando é confrontado com situações de prestação de cuidados em contexto real e neste contexto, de acordo com o documento enquadrador do mesmo é expectável que avalie a funcionalidade e diagnostique alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade, que implemente programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, que diagnostique, planeie execute e avalie intervenções de ER às pessoas com problemas neurológicos, traumáticos, ortopédicos e ortotraumatológico entre outras e desenvolva habilidades capazes de capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Para isso deverá desenvolver programas de treino de atividades da vida diária (avd's) e utilizar ajudas técnicas, gerir os cuidados e projetos otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores em articulação na equipa multiprofissional, e produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de ER.

O tema escolhido para o projeto de intervenção está incluído na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, uma das áreas previamente definidas para o curso de mestrado no ramo de ER e o projeto foi direcionado a pessoas com a deglutição comprometida (DC). Foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto que consiste numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia, ao recorrer à pesquisa, análise e resolução

de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O processo de deglutição integra uma das funções fisiológicas inerentes ao ser humano que assume uma enorme importância para a manutenção da vida, pois é através do ato de deglutir que os seres humanos adquirem os nutrientes necessários para o bom funcionamento do seu organismo. A deglutição associada à atividade de vida alimentar-se deve ser compreendida para além das questões biológicas, pois os atos de comer e beber que integram a deglutição são também uma expressão de valores e crenças que se revelam pela socialização do indivíduo. Por isso qualquer transtorno na deglutição irá interferir não apenas com os aspetos biológicos, mas também com todos os aspetos da vida social e de lazer, com grande impacto na qualidade de vida das pessoas (Glenn-Molali, 2011).

Serra-Prat et al. (2012), ao avaliarem o efeito do compromisso da deglutição, especificamente em doentes idosos desnutridos e/ou com infeções respiratórias baixas concluíram que este contribui para a desnutrição, deterioração da capacidade funcional e debilidade muscular o que, por sua vez, também pode favorecer o aumento do compromisso da deglutição, causando um círculo vicioso também ele associado ao processo de fragilidade. Ainda que os estudos capazes de estabelecer uma relação direta entre a pneumonia de aspiração e DC sejam escassos, sabe-se que este compromisso surge como o principal mecanismo fisiopatológico, principalmente nas pessoas idosas (Glenn-Molali, 2011).

O envelhecimento é um fenómeno pessoal e está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo que podem comprometer órgãos e funções vitais (Sequeira, 2010; Jacob, 2013), incluindo o mecanismo da deglutição. Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), em 2015, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente em Portugal. Neste mesmo ano, a esperança de vida atingiu os 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres (DGS, 2017) e as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) para 2015-2080 relativamente à população residente em Portugal sugerem que o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões, fazendo com que o índice de envelhecimento duplique e passe dos 147 para 317 indivíduos idosos, por cada 100 jovens em 2080 (INE, 2017). Perante a evolução sociodemográfica da população e o crescente aumento do número de pessoas com incapacidades crónicas é importante uma intervenção que aponte respostas diferenciadas em cuidados de saúde. Nesta perspetiva a ER assume um papel pertinente e imprescindível para a população em geral e em particular para as pessoas com necessidades especiais (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

A DC está frequentemente relacionada com o aumento de tempo de internamento e das taxas de mortalidade e associa-se também a um pior prognóstico a longo prazo e à diminuição da qualidade de vida dos doentes (Rofes, Arreola, Mukherjee, & Clavé, 2014). Holland et al. (2011) num estudo realizado no Reino Unido descrevem uma taxa de prevalência de DC de 11% na comunidade em geral. A World Gastroenterology Organization (WGO) refere que esta condição afeta 40 a 70% das pessoas com acidente vascular cerebral (AVC), 60 a 80% das pessoas com doenças neurodegenerativas, bem como 60 a 75% das pessoas submetidas a radioterapia por cancro da cabeça ou pescoço. Segundo esta Organização é difícil fornecer dados epidemiológicos a nível mundial, pois a prevalência da maioria das doenças que causam compromisso na deglutição tende a diferir entre as diferentes regiões e continentes (WGO,2014).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 122/2011 de 18 fevereiro, Diário da República nº 35/2011) refere que no sentido de desenvolverem competências acrescidas é importante que os enfermeiros desenvolvam práticas baseadas na evidência científica, adotando uma postura proativa e de iniciativa. Segundo o mesmo regulamento os enfermeiros especialistas devem procurar responder aos problemas de saúde dos doentes norteados por níveis elevados de apreciação clínica e tomada de decisão. Foram estes pressupostos que nortearam a intervenção mais diferenciada nos doentes com DC, acompanhando-os no processo de reabilitação desde o seu início e em permanência constante, permitindo a prevenção de complicações, minimização de compromissos e a melhoria e maximização da função (Kelly-Hayes & Phipps, 2011).

Orientado pelos objetivos deste ensino clínico e pelo regulamento das competências específicas dos enfermeiros especialistas em reabilitação (Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio, Diário da República nº85/2019) concebemos, implementámos e monitorizámos planos de cuidados de ER baseados nos problemas e necessidades dos doentes procurando assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações, minimizar o impacto das incapacidades e maximizar o seu potencial para que no seu regresso a casa pudessem estar mais independentes.

A DC constitui-se como uma condição desafiadora de gerir. Com recurso a um conjunto de estratégias fundamentadas no processo de enfermagem, foi possível a avaliação dos resultados de um programa de intervenção, cujo objetivo principal foi promover a eficácia e segurança da deglutição destes doentes. O diagnóstico precoce é essencial para que as complicações potencialmente fatais, como a pneumonia de aspiração possam ser prevenidas. Hughes (2011) refere que os enfermeiros necessitam de estar bem informados sobre as necessidades dos doentes, mas também necessitam de treino que lhes permita a avaliação da deglutição, antes das avaliações formais por outros profissionais. De forma a garantir aos



doentes uma alimentação e hidratação eficiente e segura, é importante formar a equipa de enfermagem no sentido de a sensibilizar para esta problemática e, desta forma, alertar e identificar situações de risco ou quando a DC já está instalada (Massey & Jedlicka, 2002).

Em termos estruturais este relatório respeita o Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem elaborado pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde e encontra-se dividido em capítulos, secções e subsecções de forma a facilitar a sua consulta. Após esta introdução, apresenta-se uma análise do contexto em que se desenvolveu o Estágio Final com os capítulos apreciação do contexto e análise do envolvimento, funcionando como contextualização de toda a envolvência que permitiu o mestrando desenvolver as suas competências. Segue-se o capítulo da análise de produção de cuidados, onde se expõem os de cuidados que se realizam no contexto, orientando-os para a problemática seleccionada para alvo do programa de intervenção. Após essa análise surge o capítulo relativo à definição de objetivos e metodologia. Posteriormente é apresentado o programa de intervenção em doentes com DC, que contempla a sua fundamentação teórica. Após esta abordagem são apresentados e discutidos os resultados do programa de intervenção. No capítulo seguinte é apresentada a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências, sendo o relatório finalizado com a exposição das conclusões, das referências bibliográficas e dos seus anexos que consideramos pertinentes incluir.

A recolha da informação presente neste relatório foi autorizada pelo Serviço e pela Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde (ULS) onde decorreu o Estágio Final que autorizou também a posterior publicação dos resultados, mantendo o anonimato da instituição, do serviço e dos participantes do estudo.

## **1. APRECIACÃO DO CONTEXTO**

O contexto onde decorreu o Estágio Final está integrado numa ULS. O Portal do Serviço Nacional de Saúde (SNS) apresenta como missão desta Unidade, a promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde diferenciados / especializados, de forma abrangente, personalizada e integrada, em tempo útil com qualidade e equidade, dando execução às políticas superiormente definidas e aos respetivos planos estratégicos, tendo sempre em conta a respetiva adaptabilidade às necessidades regionais e locais. Esta ULS participa na formação de novos profissionais de saúde, permite a atualização dos conhecimentos daqueles que se encontram em funções nas várias instituições e serviços e desenvolve direta ou indiretamente projetos de investigação clínica e científica. Tem por visão comunidades saudáveis, num ambiente saudável, sustentadas através de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação da doença, atentos que sejam os padrões de qualidade e de excelência, numa lógica de proximidade (SNS, 2020).

Em termos de resposta assistencial, garante responsabilização direta na prestação de cuidados de saúde diferenciados a oito concelhos, abrangendo uma área geográfica de 5253 km<sup>2</sup>, proporcionando igualmente a segurança da saúde de todos os que visitam a região. Segundo resultados do último recenseamento geral da população em 2011 residem na área de influência da ULS 108395 habitantes. Este número revela uma diminuição da população residente de 5,5% face ao recenseamento de 2001. A população é extremamente envelhecida, sendo um dos distritos mais envelhecidos do país e aquele que tem menores taxas de natalidade e fecundidade. Esta realidade traduz-se numa pirâmide etária invertida, com uma população bastante dependente e consumidora de recursos de saúde. O processo de envelhecimento pode ser descrito numa dupla dimensão, que se traduz num forte agravamento da relação idosos/jovens, sendo que em 2011 o grupo etário dos maiores de 65 anos representava 30% (SNS,2019).

Esta ULS engloba oito centros de saúde responsáveis pelos cuidados de saúde primários, e os cuidados hospitalares são desenvolvidos por um único hospital, que presta cuidados de saúde em todas as valências básicas, intermédias e à maioria das valências diferenciadas. Distribuem-se pelas várias áreas de produção: internamento, consulta externa, urgência, hospital de dia, blocos operatórios e unidade de cuidados intensivos polivalente (SNS,2019).

O Estágio Final decorreu num serviço de internamento de medicina e teve uma duração de dezasseis semanas, período durante o qual se pretendia o desenvolvimento de

competências gerais de especialista e específicas em enfermagem de reabilitação arquitetando e implementando também um programa de intervenção. Pela caracterização dos doentes e das suas patologias, níveis de défices de autocuidado, dependência e riscos acrescidos suscetíveis de interferirem com a sua segurança, este contexto foi considerado adequado para o desenvolvimento de um programa de intervenção em doentes com compromisso da deglutição indo ao encontro da linha de investigação escolhida, previamente definida para o Curso de Mestrado no ramo de ER, “Segurança e Qualidade de Vida”.

Esta linha segue a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que tem como principal missão, potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Assim uma das prioridades é o reforço da segurança do doente, que visa melhorar os mecanismos e as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde (DGS, 2015).

Nelson (2011) refere que o objetivo da reabilitação é diminuir continuamente o impacto da doença, das lesões e da incapacidade e melhorar a saúde e o estado funcional. Os erros médicos e os eventos adversos evitáveis comprometem seriamente a realização deste objetivo. Eles podem potenciar a doença ou lesões, atrasar a reabilitação, impedir o progresso da reabilitação e da cura, bem como comprometer a segurança dos doentes, o que resulta em efeitos deletérios sobre o estado funcional e a qualidade de vida.

De acordo com Correia, Martins e Forte (2017) é através da identificação dos contextos que colocam os doentes em risco e pela atuação objetiva de forma a prevenir e monitorizar esses mesmos riscos, que se limita a ocorrência de eventos adversos (prevenindo) e se minimizam os danos causados pelos mesmos (recuperando). Assim, ao longo do Estágio Final foram desenvolvidas práticas assentes nos aspetos mencionados, visando contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, investindo na segurança dos doentes. Minshall e Pownall (2019) referem que o diagnóstico precoce da DC é fundamental para a prevenção de complicações potencialmente fatais, como os riscos de aspiração, asfixia, desnutrição e desidratação. Indo ao encontro dos autores foram aplicados instrumentos de avaliação da DC em situações de risco, e implementadas medidas de modo a garantir uma deglutição segura e eficaz, tal como a recuperação da disfunção.

## **2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO**

De acordo com os objetivos definidos para o Estágio Final, o mestrando deve ser capaz de analisar o contexto que o envolve e a forma de como são produzidos os cuidados de enfermagem na unidade de saúde que o acolhe. Como já foi referido o Estágio Final decorreu numa unidade de internamento de medicina da jurisdição da Administração Regional de Saúde do Centro, por ser possível, neste contexto de cuidados, avaliar necessidades de cuidados de ER, conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas no sentido de desenvolver competências especializadas em enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio, Diário da República nº85/2019). Como no decorrer do estágio foi desenvolvido um programa de intervenção nos doentes cujos resultados são divulgados neste relatório foi solicitada autorização à Comissão de Ética para a Saúde da ULS, cujo parecer foi positivo (Anexo A). Por imperativos de ordem ética o nome da instituição, do serviço e dos participantes do estudo são omitidos.

### **2.1. Caracterização da Unidade de Internamento**

O serviço apresenta uma capacidade de 52 camas, distribuídas da seguinte forma: 10 pertencem à Unidade de AVC (U-AVC), 4 à Unidade de Agudos e 6 à Unidade de Conforto. Existe ainda uma enfermaria com 3 camas exclusivas para doentes do foro neurológico. Este serviço tem também em desenvolvimento a valência de hospitalização domiciliária.

Quanto aos recursos humanos, a equipa médica do serviço de internamento é constituída por um corpo fixo de 7 médicos especialistas em medicina interna e a equipa de enfermagem é constituída pelo enfermeiro chefe e mais 32 elementos, de entre os quais 15 são especialistas. Destes, 5 são especializados em ER que desempenham exclusivamente cuidados diferenciados. O serviço dispõe ainda de 16 assistentes operacionais e 1 assistente administrativa.

Em termos de recursos materiais o serviço dispõe de dispositivos específicos e produtos de apoio que são “equipamentos ou sistemas técnicos de produção especializada ou disponível no mercado destinados a prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar limitações

na atividade ou as restrições na participação das pessoas com deficiência” (SAPA, 2019, p.4) transitória ou definitiva e que permitem a prestação de cuidados diferenciados de melhor qualidade como: camas articuladas; colchões de pressão alternada; almofadas para posicionamento terapêutico; calcanheiras viscoelásticas; elevadores e respetivas lonas; rollboard de transferência; tábua de transferência; cadeiras de duche; cadeiras de rodas, com apoio podal; cadeirões com espaldar rebatível; superfícies de apoio; auxiliares de marcha (andarilhos, tripés, bengalas, canadianas); pesos; faixas elásticas de vários graus de intensidade; caixa de estimulação propriocetiva; degraus amovíveis; espelho; dispositivos para reeducação funcional respiratória (RFR), como bastões, sacos de areia, inspirómetros de incentivo; material de reabilitação da motricidade fina.

De acordo com Costa (2004), aspetos como a carga de trabalho, a determinação dos efetivos e o rácio custo-eficácia determinam a implementação do método de prestação de cuidados de enfermagem. O autor foca quatro métodos: o funcional, o individual, em equipa e o método por enfermeiro responsável. Nesta unidade de internamento, a prestação de cuidados de enfermagem é norteadada pelo método em equipa por enfermeiro responsável. De acordo com Dionne et al. (1987) citados por Costa (2004) o principal objetivo deste método é a humanização dos cuidados e a principal característica distintiva face a todas as outras, é a descentralização das tomadas de decisão, o que implica o reconhecimento, por parte da administração, do direito dos enfermeiros que prestam cuidados, de tomarem as decisões necessárias para assegurarem a qualidade. Assim, o serviço tem como rácios máximos 4 doentes por enfermeiro no turno da manhã, 7 no turno da tarde e 10 no turno da noite.

A distribuição de doentes/camas pelos enfermeiros é realizada pelo enfermeiro chefe no final do turno da manhã para os três turnos do dia seguinte. Nos dias em que este não está presente a distribuição dos doentes é realizada pelo chefe de equipa. Tal como refere Costa (2004), a oportunidade de cooperação facilita o desempenho de uma tarefa mais completa, com mais responsabilidade e capacita os enfermeiros para interagir eficazmente com a pessoa cuidada.

A chefia de enfermagem fomenta nos enfermeiros especialistas o espírito de coordenação da equipa e organiza a distribuição do trabalho para que os cuidados de ER se centrem nos turnos da manhã e da tarde, preocupação que visa dar resposta à necessidade de recuperação funcional dos doentes internados no serviço. Assim, sempre que apresentam risco ou perda da sua funcionalidade são avaliados pelos EEER. Após identificação dos problemas e necessidades são incluídos em programas de cuidados diferenciados em ER, que segundo o documento do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (OE) de 2015, podem ser de: reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, da função alimentação, eliminação e sexualidade; de treino de AVD; e de treino

motor e cardiorrespiratório. Os programas iniciam-se o mais precocemente possível, respeitando as orientações e estratégias para a fase aguda da doença (até às 48 horas) ou após estabilização hemodinâmica dos doentes, sempre respeitando as *guidelines* mais recentes.

A intervenção dos EEER é muito requisitada pelos enfermeiros generalistas e a sua participação de extrema importância na articulação com a equipa multidisciplinar. De acordo com a OE este tipo de intervenção é o recomendado já que “os enfermeiros especialistas, enquanto detentores de conhecimentos aprofundados num domínio específico, devem assumir, entre outras, a responsabilidade de orientação e educação não só dos clientes/famílias, mas também dos seus pares” (OE, 2013, p.17). Nesta unidade de internamento articulam-se também com os outros profissionais da equipa de reabilitação dos doentes, nomeadamente com os fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. Esta articulação assume um carácter de complementaridade e cooperativismo que resulta numa proveitosa recuperação da funcionalidade dos doentes. Tal como referem Menoita, Sousa, Alvo e Marques-Vieira (2012) a reabilitação é um processo educativo, dinâmico, contínuo e progressivo que ambiciona a recuperação funcional da pessoa e a reintegração na família, comunidade e sociedade.

De acordo com Kelly-Hayes e Phipps (2011), ao longo dos últimos anos tem havido uma preocupação com a padronização dos cuidados de ER. Esta permite o planeamento das intervenções direcionadas aos problemas dos doentes, orientá-las para os resultados esperados, produzir indicadores de saúde, e traduzir o contributo dos cuidados de ER na saúde das populações (Pestana, 2016). Uma análise sumária das intervenções dos EEER com os doentes internados, obtida a partir do sistema de registo desta unidade de cuidados (SClinico e base de dados Excel das intervenções da Equipa de ER) referente ao primeiro quadrimestre do ano de 2019, permitiu verificar que a equipa de ER interveio em 129 doentes com distribuição idêntica por sexo. A média de idades foi de 77,6 anos, tendo sido evidenciado ganhos funcionais nos doentes que podem ser associados à sistematização e continuação dos cuidados desenvolvidos pela equipa, centrada na manutenção e recuperação das capacidades funcionais.

## **2.2. Caracterização dos Utentes**

Tal como a média das idades dos doentes que beneficiaram dos cuidados de ER verificou-se que, na unidade de internamento, vigora a admissão de pessoas idosas. A admissão na unidade faz-se através da urgência, das consultas externas, por transferência

interna, ou por transferência de outras unidades hospitalares para a área de residência. A unidade de internamento recebe também doentes de outras valências que, de acordo com as suas necessidades, também recebem cuidados diferenciados de ER.

Na análise dos dados fornecidos verificou-se que, relativamente ao ano de 2016, as patologias mais comuns no serviço foram as do foro respiratório, nomeadamente, pneumonias, seguidas das patologias do foro neurológico, em que a mais comum foi o AVC. As doenças cardíacas também se apresentaram em número significativo, principalmente a insuficiência cardíaca congestiva. Relativamente ao mesmo ano, foram admitidos 1409 doentes, com 14253 dias de internamento, com uma demora média de 11,85 dias. A média etária dos doentes internados foi de 72,62 anos.

Em 2019 houve 1471 internamentos dos quais 1026 correspondem a pessoas com mais de 75 anos. A taxa de ocupação do serviço foi de 73,99%, com 14011 dias de internamento, que corresponde a uma demora média de 9,06 dias. Relativamente à distribuição por sexo, 725 doentes eram do sexo feminino e 746 do sexo masculino.

Verifica-se assim uma média etária elevada dos doentes internados que se relaciona com o envelhecimento da população do distrito a que a ULS dá resposta. Segundo dados da PORDATA (base de dados de Portugal contemporâneo) o índice de envelhecimento (número de idosos por 100 jovens) do distrito é de 416, bastante superior à média nacional que é de 157.

Comparando os dados de 2016 e 2019 referidos anteriormente, verifica-se que os dias de internamento diminuíram e que a demora media passou de 11,85 dias para 9,06 dias, podendo ter concorrido para tal, os ganhos funcionais evidenciados nos doentes intervencionados pela equipa de ER.

### **3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS**

A prestação de cuidados de ER, durante o Estágio Final, foi suportada pela Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, tendo em conta as necessidades reais dos doentes, as características da unidade de internamento e os recursos aos produtos de apoio disponíveis. Objetivou-se sobretudo dar resposta às necessidades dos doentes internados e, ao mesmo tempo, responder a outra exigência do Estágio Final que assentava no desenvolvimento de competências do mestrando. Procurou-se oferecer aos doentes e familiares, conhecimentos e ferramentas de forma a minimizar complicações, visando o autocuidado e a capacitação dos mesmos e zelando pela sua segurança.

Chinn e Kramer (2004), citados por Queirós (2014) referem que os modelos conceptuais e teóricos criam mecanismos pelos quais os enfermeiros podem comunicar as suas convicções profissionais, proporcionam uma estrutura moral/ética para orientar as suas ações e favorecem um modo de pensar sistemático sobre a enfermagem e a sua prática.

O autocuidado é o conceito central na teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. Este pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal (Orem, 2001).

A teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado é composta por três teorias inter-relacionadas, que são: 1) a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem. Nesta, existem três tipos de prática, que são: 1) sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado; 2) sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo apenas precisa da enfermagem para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só; e 3) apoio-educativo, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações (Orem, 2001).

Segundo Kelly-Hayes e Phipps (2011) uma avaliação completa, onde também se inclui a avaliação funcional, é fundamental para o planeamento e execução dos cuidados de ER, uma vez que influencia diretamente os diagnósticos e as próprias intervenções, criando planos de cuidados centrados no doente e nos resultados esperados. Por não existir no sistema de



registo SClinico uma parametrização completa de focos e diagnósticos de ER e dos instrumentos de avaliação, capazes de proporcionar a avaliação funcional completa dos doentes, a equipa de ER do serviço elaborou uma base de dados, em documento Excel (Anexo B). Esta base de dados inclui: avaliação do estado cognitivo, da capacidade funcional, da função respiratória, da força muscular e avaliação da sintomatologia. É composta por dois momentos de avaliação: início da intervenção de ER e no momento da alta. Para a avaliação funcional utilizaram-se três instrumentos de avaliação: o Índice de Barthel (Anexo C), Escala da Força Muscular (Anexo D) e Escala de Dispneia do Medical Research Council. A norma número (nº) 001/2019 de 25/01/2019 da DGS refere que a Tabela Nacional da Funcionalidade (TNF) deve ser aplicada a toda a pessoa com mais de 18 anos, com doença crónica, incapacidade permanente ou temporária, em plano de reabilitação. Assim e de acordo com a norma é avaliada a funcionalidade os doentes através da TNF na admissão e no momento da alta (Anexo E).

Os registos efetuados pelos EEER na aplicação SClinico, em articulação com a linguagem da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2015, contemplaram, o foco de enfermagem definido como a “área de atenção que é relevante para a Enfermagem”, sendo que o diagnóstico de enfermagem é alcançado através de um juízo efetuado sobre determinado foco. Assim o juízo é definido como “opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermagem” (CIPE, 2015, p.19). Os focos mais frequentes da atenção dos cuidados de ER foram: aspiração; dispneia; dispneia funcional; expetorar; limpeza das vias aéreas; tossir; ventilação; andar; andar com auxiliar de marcha; anquilose; autocuidado; cinestesia; cognição; comunicação; contratura muscular; deglutição; equilíbrio corporal; espasticidade; levantar-se; mover-se em cadeira de rodas; movimento muscular; negligência unilateral; parésia; pé equino; transferir-se.

O foco deglutir refere-se à “passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago” (CIPE, 2015, p.52). Dadas as características dos doentes deste contexto de cuidados surge frequentemente comprometido. Embora fossem já realizadas algumas intervenções orientadas para a minimização das complicações nesses doentes, não existia nenhum instrumento instituído para avaliação da deglutição e diagnostico do seu compromisso, tal como um protocolo de atuação no caso de deteção do referido compromisso. Di Pede, Mantovani, Felice e Masiero (2016) referem que o uso de uma triagem sistemática da DC pode diminuir a ocorrência de complicações e promover a melhoria das condições gerais dos doentes. Eltringham et al. (2018) reforçam que os doentes com avaliação da deglutição na admissão antes do início da administração da alimentação por via oral apresentam menor incidência de pneumonia.

De acordo com Hoeman (2011), o movimento é fundamental para a interação e adaptação da pessoa com o ambiente. Contudo o estado de desenvolvimento, o estado de saúde e outras dimensões como o envelhecimento podem alterá-lo, levando a situações de imobilidade ou a complicações decorrentes da mesma, afetando os diferentes sistemas orgânicos e funções fisiológicas (Coelho et al., 2016). Os doentes sujeitos a patologia cerebrovascular, internados na U-AVC correm esse risco, podendo esse problema ser ultrapassado com programas de reabilitação precoces, capazes de promover e recuperar as suas funções físicas, psicológicas e sociais (Coelho, Barros & Sousa, 2016). Conforme reforçam Menoita et al. (2012), os programas de mobilizações promovem a integridade das estruturas articulares, mantêm a amplitude dos movimentos, evitam contraturas e melhoram a imagem psicossensorial e psicomotora dos doentes devendo por isso ser iniciados numa fase precoce, logo que os doentes se apresentem hemodinamicamente estáveis, através de mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas e resistidas, de acordo com a situação de cada um.

Na unidade de internamento onde foi desenvolvido o estágio é assim priorizada a mobilização precoce dos doentes, sendo preconizado o levantar nas 24 horas após o internamento, caso o doente apresente estabilidade hemodinâmica e não haja contra-indicações para tal. De acordo com a indicação clínica de cada doente, para além das mobilizações realizam-se exercícios terapêuticos, como os rolamentos, a rotação controlada da articulação coxofemoral, o exercício da ponte, a facilitação cruzada, a rotação terminando o apoio sobre o cotovelo afetado, o rolamento para o lado afetado terminando pelo cruzamento da perna sã sobre a perna afetada e as auto-mobilizações do membro superior.

A imobilidade conduz a um acréscimo do tempo de contacto do doente com as superfícies de apoio e esta condição provoca um aumento da pressão direta e das forças de fricção e deslizamento sobre os tecidos moles, que poderá conduzir ao aparecimento de úlceras por pressão (OE, 2013). No sentido de prevenir e evitar este evento adverso e tal como preconizado pela DGS é avaliado o risco dos doentes desenvolverem úlcera de pressão com a escala de Braden, a cada dois dias (DGS, 2011). Em função do risco que os doentes apresentam, são colocados dispositivos para prevenção e realizados outros cuidados como a massagem terapêutica e a instrução e incentivo do doente a posicionar-se.

O equilíbrio corporal descrito pela CIPE (2015) como “coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se” (p.56), é comprometido pelas alterações sensoriomotoras e são manifestações comuns nos doentes que sofreram um AVC, impedindo-os de apresentarem postura e movimentos normais, essenciais para a realização das AVD's em segurança. Segundo a American Heart Association e a American Stroke Association (AHA/ASA), estas alterações podem provocar nos doentes falta de confiança no seu equilíbrio o que terá como consequências uma redução

da atividade e um aumento dos problemas inerentes à imobilidade, contribuindo também para o aumento do risco de queda (AHA/ASA, 2016). De acordo com Menoita et al. (2012) o treino de equilíbrio corporal permite reeducar o mecanismo reflexo-postural, inibir a espasticidade, e estimular a sensibilidade postural ao fazer carga nos membros afetados. Uma vez diagnosticada a falta de equilíbrio com recurso ao Índice de Tinetti (Anexo F) era posteriormente implementado um treino de equilíbrio estático/dinâmico e sentado/ortoestático e outros exercícios de coordenação de movimentos. Para além da avaliação do equilíbrio era também avaliado o risco de queda. De acordo com a norma nº 008/2019 de 09/12/2019 da DGS era efetuada através da Escala de Morse a todos os doentes internados no serviço, na admissão, com reavaliação independentemente do risco de queda a cada 2 dias, sempre que ocorresse alteração do estado clínico, no momento de transferência intra ou inter-hospitalar, ou quando ocorresse uma queda. A todos os doentes, independentemente do risco de queda, eram implementadas precauções básicas. Nas pessoas com alto risco de queda, os EEER em colaboração com a restante equipa de enfermagem, efetuavam uma avaliação clínica multifatorial, implementação de um plano de cuidados individualizados dirigido aos fatores de risco identificados e às indicações resultantes da avaliação, e educação para a saúde dirigida ao doente e familiar.

Hoeman (2011) refere que o treino de marcha pode ser iniciado logo que os doentes com AVC apresentem estabilidade física, como manterem-se em equilíbrio em posição de sentado e ortostática e tomarem consciência do seu corpo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a marcha é uma meta funcional para os doentes com AVC e o seu treino tem como objetivos readquirir o padrão automático perdido e promover a independência ao nível da locomoção (OMS, 2003). Menoita et al. (2012) defendem que o treino de marcha seja inicialmente realizado durante curtos e frequentes períodos, devendo ter-se em atenção a prevenção de quedas. Como o serviço não possuía calçado antiderrapante e de modo a não comprometer a segurança dos doentes era solicitado à família que providenciasse calçado seguro o que acontecia na generalidade dos doentes.

Relacionado com a sua situação clínica aguda, muitos doentes internados apresentavam intolerância à atividade. De acordo com a CIPE (2015) a intolerância à atividade é definida como a “falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades”(p.64) e é impeditiva de realização de avd’s com impacto na qualidade de vida, sendo importante a implementação de um programa de treino motor e cardiorrespiratório cuja intensidade deverá reger-se pela tolerância dos doentes (António, 2010). Sendo a RFR uma das áreas de intervenção dos EEER (Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio, Diário da República nº85/2019) a implementação dos planos de cuidados específicos aos doentes com problemas respiratórios foi frequente e teve sempre em conta as necessidades individuais de cada um, com a expectativa de que estes conseguissem o autocontrolo do padrão respiratório, a

otimização da ventilação e da correção postural e o aumento da capacidade para promover a limpeza das vias aéreas e assim aumentarem a tolerância ao esforço (Cordeiro & Menoita, 2012).

A dependência no autocuidado, de acordo com Petronilho e Machado (2016), surge como foco na prestação de cuidados de ER, cujo objetivo central reside em capacitar a pessoa para o desempenho das atividades que constituem cada um dos diversos domínios do autocuidado. A identificação dos fatores facilitadores e inibidores para a realização de forma independente das avd's, assim como a implementação de intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade são também cuidados regularmente realizados, procurando sempre envolver a família no processo de reabilitação do doente, tal como preconizado no Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio, Diário da República nº85/2019. Neste sentido, os cuidados de ER em doentes com DC devem desenvolver intervenções que possibilitem uma alimentação e hidratação seguras, mas também que sejam promotoras do autocuidado fomentando a independência do doente na referida atividade de vida diária (avd). Assim o compromisso da deglutição nos doentes foi identificada como uma situação problemática que em nosso entender poderia ter uma melhor resposta e por isso, foi projetado um programa de intervenção de ER, visando instituir intervenções capazes de promoverem o autocuidado do doente com compromisso da deglutição e proporcionarem a recuperação da função perdida, reduzindo, assim, os impactos nefastos causados por esta referida disfunção.

#### **4. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E PERCURSO METODOLOGICO**

Espera-se que o mestrando consiga no seu relatório descrever detalhadamente todo o processo de aquisição e desenvolvimento das competências quer comuns quer específicas do EEER bem como as competências inerentes ao grau de Mestre. Sendo assim é este o objetivo principal deste trabalho. Ao contrário do objetivo geral e de acordo com Prodanov e Freitas (2013) os objetivos específicos apresentam um carácter mais concreto e instrumental, ou seja, informam sobre o que deve ser feito para atingir o objetivo geral, e neste caso, o que foi realizado durante o estágio.

De acordo com o documento enquadrador do estágio final o estudante deverá no decorrer do mesmo concretizar um conjunto de objetivos (que serão objeto de análise e reflexão posterior) entre eles o de produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de ER. Para concretizar este objetivo foi necessário o envolvimento no contexto onde decorreu o estágio e a identificação de uma área problemática. Assim, enquadrado na linha de investigação previamente escolhida e definida para o Curso de Mestrado no ramo de ER e que foi a “Segurança e Qualidade de Vida” foi identificado como problema o compromisso da deglutição presente num número significativo de doentes internados neste contexto. Desenhou-se então um projeto de intervenção subordinado ao tema “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Doente Adulto/Idoso com Deglutição Comprometida” na expectativa de que o mesmo contribuísse para o desenvolvimento de competências de mestre e de especialista e que também permitisse produzir dados capazes de demonstrar a importância dos cuidados de ER.

O projeto de intervenção foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência e de acordo com OE de entre as razões pelas quais os enfermeiros devem procurar a evidência, uma delas é para informar as decisões que querem tomar e outra poderá ser para apoiar mudanças na prática, mas independentemente da razão, o primeiro passo é formular uma pergunta (OE, 2012). Assim a pergunta de partida para este projeto de intervenção foi a seguinte:

Poderá a intervenção sistematizada dos EEER reduzir as complicações da DC e contribuir para uma alimentação segura e eficiente?

Nas pessoas idosas o mecanismo de deglutição torna-se menos eficiente pela degeneração do sistema neuromuscular e pelas alterações morfofisiológicas (Santos, 2018). Outros autores como Roy, Stemple, Merrill e Thomas (2016) referem que mesmo em idosos sem queixas relativas à deglutição, 40% destes apresentam algum compromisso e que o compromisso está presente em cerca de 30% dos idosos internados no hospital e de 68% em idosos residentes em lares.

Assim, o projeto de intervenção teve como foco (CIPE, 2015) a DC dado a magnitude da problemática, a elevada média de idades e prevalência de patologias relacionadas com este problema e por não existir no serviço uma abordagem sistematizada nestas situações.

Definiram-se os seguintes objetivos para o projeto de intervenção:

- 1) Identificar através de escalas próprias os doentes com DC;
- 2) Avaliar aspetos biopsicossociais dos doentes com DC;
- 3) Desenvolver programas de intervenção de ER personalizados e holísticos para a prestação de cuidados a doentes com DC;
- 4) Desenvolver intervenções para a continuidade dos cuidados face ao risco de DC;
- 5) Avaliar os resultados das intervenções ou recuperação funcional no momento da alta.

De acordo com o estudo, e considerando que em Enfermagem se valoriza a abordagem holística, o estudo de caso ou de casos é a metodologia que melhor se adapta a esta abordagem (Gangeness & Yurkovich, 2006). Pode ser aplicado em distintas situações, em fenómenos individuais ou grupais (Andrade et al., 2017) e enquanto estratégia de pesquisa permite investigar fenómenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real, com o objetivo de explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenómeno (Gangeness & Yurkovich, 2006), como os dos doentes com DC. Estes autores salientam que esta abordagem, para além de proporcionar uma visão holística e abrangente, impulsiona à elaboração de conclusões que se enquadram com o fenómeno estudado, servindo de base para futuros estudos.

A população alvo deste projeto de intervenção englobou todos os doentes com sinais de alerta de DC e/ou que integrassem grupos de risco de desenvolver admitidos na unidade de internamento, onde decorreu o Estágio Final, no período compreendido entre 1 de novembro de 2019 e 15 de dezembro de 2019.

No intuito de facilitar o processo de colheita de dados, foram construídos instrumentos de registo, sob a forma de tabelas, baseados nas escalas de avaliação e nas fontes bibliográficas, os quais proporcionaram um registo prático para a seleção dos participantes e para as avaliações iniciais, intermédias e finais dos doentes. Adicionalmente, estes instrumentos

serviram de base para a personalizar os exercícios terapêuticos e delinear as intervenções de ER de acordo com o compromisso detetado, tal como para o registo das atividades desenvolvidas em cada sessão.

Foram assim elaborados os seguintes instrumentos de colheitas de dados:

- Tabela de registo de seleção dos participantes (Anexo G);
- Folha de registo da avaliação sistemática da deglutição e dos aspetos biopsicossociais (Anexo H);
- Folha de registo do plano de Intervenção e atividades realizadas nas sessões (Anexo I);
- Folha de registo das avaliações intermédias (Anexo J);
- Folha de registo das reavaliações dos diagnósticos de ER (Anexo K).

A informação obtida a partir destes instrumentos de registo foi trabalhada do ponto de vista estatístico através do programa informático Microsoft Excel, facilitando uma posterior análise descritiva dos resultados com a apresentação dos dados em termos gráficos.

#### **4.1. Procedimentos ético-legais**

Como ciência humana que é, a Enfermagem tem sempre a preocupação com o bem-estar, os direitos e integridade dos doentes que neste caso são os participantes do estudo. Assenta em princípios universais da ética, como o princípio da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça (Nunes, 2013). Esses princípios, ajudam os enfermeiros a tomar consciência dos procedimentos que podem ou não efetuar e estabelecem limites à sua ação (Martins, 2008). Este cuidado e esta reflexão são também alicerçadas na ideia de que a Enfermagem, enquanto profissão autorregulada, é regida pelos termos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro e pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, referenciais que explicitam e sustentam a investigação em enfermagem como um direito e um dever de todos os enfermeiros (Nunes, 2013).

Tendo em conta os princípios referidos e após aprovação do projeto de estágio pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, foi pedido autorização ao Conselho de Administração do Serviço (visto ser um Centro de Responsabilidade Integrada) onde decorreu o Estágio Final para a realização do estudo. Após parecer favorável deste, foi efetuado um requerimento dirigido à Comissão de Ética da ULS a solicitar autorização para a publicação dos resultados do estudo, cujo parecer foi positivo (Anexo A).

Silva (2017) salienta que o consentimento informado é uma ferramenta vital para alterar o padrão de vulnerabilidade do doente, na medida em que lhe fornece a possibilidade de

refletir e partilhar da tomada de decisão terapêutica. O consentimento informado é, assim, um processo que favorece a autonomia do doente e incrementa a sua participação permitindo-lhe tomar decisões no seu projeto de vida (Silva, 2017). Neste sentido foi elaborado e obtido um consentimento informado, tendo em conta o preconizado na norma n.º 015/2013 da DGS (Anexo L). Foi ainda salvaguardada a identidade dos participantes e por isso a cada um dos doentes que integraram o projeto foi atribuída uma letra, e foi garantido a todos a confidencialidade da informação obtida, o anonimato dos dados e o anonimato dos participantes com sugere Nunes (2013).



## **5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM DOENTES COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

Para uma melhor compreensão e enquadramento da problemática que se pretende aprofundar efetuou-se uma pesquisa aprofundada sobre o estado de arte, procurando encontrar resultados sobre a evidência científica relacionada com os problemas de deglutição nas pessoas idosas. O objetivo foi compreender bem o processo normal da deglutição e os aspetos bio fisiológicos envolvidos, bem como as repercussões que as alterações desta função desencadeiam nos doentes, entendidos estes numa perspetiva holística. Além disso, pretende-se perceber de que forma podem os EEER intervir para reduzir complicações e contribuir para uma alimentação segura e eficiente.

### **5.1. Fisiologia da Deglutição**

O processo de deglutir possui a função de satisfazer os requisitos nutricionais e de prazer do individuo. Para além do fator biológico, a deglutição é um ato social e culturalmente enraizado nas comunidades, permitindo a integração e identificação com determinados grupos de referência (Marchesan, 1999).

As estruturas anatómicas envolvidas na deglutição são a cavidade nasal, a cavidade oral, a cavidade faríngea, a laringe e o esófago (Marchesan, 1999). Para além destas, Parra (2013) destaca ainda a ação da coluna vertebral e o osso hioide no processo da deglutição.

A cavidade oral é a estrutura anatómica onde se inicia o processo de deglutição e é composta pelas bochechas, lábios, dentes, gengivas, língua, mandíbula, palato duro, palato mole, úvula, arcos palatogrosso e palatino (arcos fauciais), amígdalas palatinas e glândulas salivares ( Glenn-Molali, 2011; Braga, 2016a). A cavidade oral é forrada por células mecanorreceptoras, termorreceptoras e quimiorreceptoras que modulam o processo de deglutição (Glenn-Molali, 2011). A língua é o órgão responsável pela movimentação dos alimentos na cavidade oral, processo de mastigação e deglutição (Braga, 2016a). A cavidade oral é limitada e separada da faringe pelos arcos fauciais (Matsuo & Palmer, 2008).

A cavidade faríngea é uma estrutura que se estende desde o palato mole até à cartilagem cricoide, dividindo-se em três regiões: a nasofaringe, orofaringe e laringofaringe (Matsuo &

Palmer, 2008; Glenn-Molali, 2011). Através de contrações sequenciais, os músculos da faringe impulsionam o bolo alimentar. A entrada de ar no esófago durante a respiração e o refluxo de conteúdo alimentar para a faringe são evitados pelo músculo cricofaríngeo que, em repouso, se encontra contraído (Matsuo & Palmer, 2008; GlennMolali, 2011).

A laringe é estruturada pelas cartilagens tiroide e cricoide (Matsuo & Palmer, 2008) e localiza-se na porção superior da traqueia (Glenn-Molali, 2011). Esta estrutura inicia-se na epiglote ao nível da base da língua. Quando a epiglote se inclina posteriormente, a laringe é elevada, a epiglote desloca-se para baixo e as cordas vocais são aduzidas, promovendo o encerramento da glote e favorecendo a proteção das vias aéreas (Matsuo & Palmer, 2008). Entre a base da língua e as faces laterais da epiglote formam-se espaços (váléculas) onde os alimentos podem ficar retidos antes ou depois da deglutição (Matsuo & Palmer, 2008; Glenn-Molali, 2011).

As estruturas envolvidas na deglutição atuam conjuntamente em outros dois mecanismos essenciais ao ser humano: a respiração e a fonação. Nestas duas funções estão envolvidos um conjunto heterogêneo de órgãos e tecidos que constituem o sistema estomatognático, cuja biologia e fisiopatologia são absolutamente interdependentes. Envolvem estruturas estáticas e dinâmicas, que requerem integridade da função de nervos cranianos específicos e dos centros de controlo cerebrais (Ferraz, 2001; Cielo et al., 2016). Os elementos que constituem as estruturas estáticas servem de apoio para as estruturas dinâmicas ou ativas, e incluem o esqueleto ósseo; os dentes; as mucosas oral, lingual, nasal e faríngea, os tendões, as aponeuroses e os ligamentos (Douglas, 2007; Corbin-Lewis, Liss & Sciortino, 2008). No que respeita às estruturas dinâmicas, elas compõem a unidade neuromuscular que permite a mobilidade das partes estáticas, como o maxilar inferior e o osso hióide. Pode englobar vários músculos como os da expressão, da mastigação, da língua, do véu palatino, faríngeos e do cíngulo do membro superior (González, 2000). Pela sua ação direta na deglutição, McFarland (2008) destaca os músculos Orbicular dos lábios ou da boca; o Bucinador e o Mentoniano. Os músculos responsáveis pela mastigação são representados pelo Músculo Temporal, Masséter, Pterigoide, Digástrico, Genio-hióideo e o Milo-hióideo.

Branco e Portinha (2017) referem a deglutição como uma atividade neuromuscular reflexa é comandada pela formação reticular do tronco cerebral. As principais ações reflexas incluem o movimento do palato para cima, no sentido de encerrar a nasofaringe, o movimento da epiglote, para trás e para baixo, de modo a fechar a glote, a elevação da laringe, para ocluir as vias aéreas, e o aumento da abertura esofágica, para permitir a entrada do bolo alimentar (Bhatnagar, 2002).

O mecanismo de deglutição tem representação bilateral nos hemisférios cerebrais e é coordenado, segundo a maioria dos autores por cinco nervos cranianos (NC): trigémio (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago (X), e hipoglosso (XII) (Langley, 1988; Marchesan, 1999;

McFarland ,2008). No Quadro 1 apresenta-se uma síntese da função de cada NC envolvido na deglutição.

NC da Deglutição	Funções
<b>Nervo Trigêmeo (V)</b>	<b>Ramo maxilar:</b> Inervação do palato, dentes superiores, pele das bochechas, do lábio superior <b>Ramo mandibular:</b> <b>Sensorial:</b> inervação da parte anterior da língua (exceto as papilas gustativas), os dentes inferiores, a pele do mento e a parte temporal do couro cabeludo; <b>Motora:</b> inervação dos músculos da mastigação e do músculo peristafilino externo (tensor do palato); <b>Proprioceptiva:</b> inervação dos músculos da mastigação.
<b>Nervo Facial (VII)</b>	<b>Sensorial:</b> inervação das papilas gustativas (parte anterior da Língua); <b>Parassimpática:</b> inervação das glândulas palatinas, submandibulares e sublinguais; <b>Proprioceptiva e motora:</b> inervação dos músculos da expressão facial (permite o encerramento dos lábios, a tonicidade das bochechas e cavidade oral).
<b>Nervo Glossofaríngeo (IX)</b>	<b>Motora:</b> inervação dos músculos estilofaríngeo deglutição, reflexos nasais e palatino); <b>Proprioceptiva:</b> inervação do músculo estilofaríngeo; Sensorial: o paladar de terço medio da língua, pressão de dor da faringe.
<b>Nervo Vago(X)</b>	<b>Motora:</b> inervação dos músculos da faringe (exceto o músculo estilofaríngeo), músculos da laringe e do palato mole (exceto o tensor); <b>Proprioceptiva:</b> função proprioceptiva para os músculos inervados; <b>Sensorial:</b> o paladar de terço posterior da língua, epiglote e faringe; <b>Parassimpático:</b> inervação das vísceras abdominais (afeta o sistema digestivo).
<b>Nervo Hipoglosso (XII)</b>	<b>Motora:</b> inervação dos intrínsecos e extrínsecos da língua; Proprioceptiva: função proprioceptiva para os músculos inervados.

**Quadro 1** - Descrição da função dos pares de nervos cranianos da deglutição  
Fonte: Adaptado de Langley (1988); Marchesan (1999), McFarland (2008).

Langley (1988) menciona ainda a influência dos nervos cranianos olfatório (I) e ótico (II) dada a importância dos sentidos do olfato e da visão no processo deglutição/alimentação, e do nervo acessório espinal (XI) que pela sua inervação contribui para o movimento do pescoço e do ombro.

McFarland (2008), menciona algumas estruturas encefálicas importantes na deglutição como: o diencéfalo, em especial o tálamo; o mesencéfalo porque engloba os núcleos motores dos NC V e VII; o bulbo raquidiano, pelos neurónios motores dos NC IX, X e XI; e o cerebelo, pela coordenação dos movimentos nomeadamente os articuladores, na aprendizagem motora e no automatismo dos movimentos.

### **5.1.1. Fases da Deglutição**

Apesar da deglutição ser considerada um processo contínuo pode ser dividida por fases. Para vários autores (Marchesan, 1999, Glenn-Molali, 2011) a deglutição tem quatro fases em que as subfases preparatória e oral surgem como fases isoladas. Outros estudos propõem uma quinta fase ao considerar-se a fase antecipatória. Corbin-Lewis et al. (2008), incluem esta fase porque antes do alimento entrar na cavidade oral, a pessoa decide o tipo, a velocidade, o volume do alimento e o ambiente da refeição. As fases antecipatória, preparatória e oral são voluntárias, iniciando o processo de deglutição. As fases faríngea e esofágica, são fases reflexas ou involuntárias, que permitem a passagem do alimento pela faringe até o esófago e do esófago até ao estômago (Guyton, 2011).

Ao longo deste relatório será adotada a classificação da divisão da deglutição em cinco fases, envolvendo os diferentes mecanismos fisiológicos nestas várias fases.

A fase antecipatória inicia-se com a escolha do alimento e o prazer alimentar, baseando-se na própria relação do indivíduo com o alimento, isto é, na resposta neurossensorial que prepara as estruturas orais para receber o alimento e que antecede a sensação de gosto e motivação para o comer, preparando assim a ativação do processo de deglutição (Marchesan, 1999). Esta atividade preliminar pode ser influenciada pelo pensamento no alimento, envolvendo os centros corticais superiores, e também pela combinação destes com a estimulação dos sentidos, principalmente a visão e o olfato. Outros componentes que fazem variar a resposta ao alimento são a fome, o grau de saciedade, aspeto dos alimentos, o meio ambiente, o estado emocional e a resposta psicológica às propriedades dos alimentos, a influência social, o tipo e a disposição dos utensílios, a coordenação mão-olho, a postura cervical (Langley, 1988).

A fase oral preparatória constitui um mecanismo voluntário motor, no qual o alimento é colocado na boca, mastigado e envolvido com a saliva. Durante toda a mastigação, a vedação labial será mantida para que a comida não saia da boca. O tipo de denteição e oclusão influenciará grandemente esta fase. Esta requer ainda uma boa coordenação entre a tensão da musculatura labial e bucal, movimentos rotatórios da mandíbula, movimentos laterais da língua e abaulamento do palato mole para a frente, vedando a cavidade oral posteriormente. As divisões média e inferior do nervo trigémeo fornecem a sensibilidade sensitiva para o posicionamento do bolo alimentar. A saliva assume um papel muito importante nesta fase, uma vez que a sua ausência, diminuição ou aumento irá interferir na formação do bolo (Matsuo & Palmer, 2008). No que respeita aos líquidos, estes são processados de maneira diferente que os alimentos sólidos. O líquido é estabilizado pela superfície posterior dos dentes, pelo palato mole e pela língua, evitando a sua progressão para a orofaringe antes da deglutição.

A duração desta fase da deglutição varia consoante a consistência dos alimentos processados (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2016a).

A fase oral da deglutição é iniciada quando a língua comprime de forma sequencial o bolo alimentar posteriormente contra o palato duro, começando a propulsão para dentro da orofaringe. Os lábios e músculos da cavidade oral contraem-se com elevação do palato, fornecendo um processo valvular que gera pressão para que a nasofaringe vede, evitando o refluxo e a regurgitação nasal (Marchsesan, 1999). O nervo trigêmeo é o responsável pela retroalimentação aferente para toda a cavidade oral e língua. A condução do bolo alimentar na fase oral é, primariamente, efetuada pela língua e não requer gravidade. O palato mole é fundamental para a contenção do bolo dentro da cavidade oral, durante a fase preparatória oral, movendo-se posteriormente, permitindo que o bolo passe através dos arcos das fauces e evitando, simultaneamente, que este penetre na nasofaringe (Michalakis, Jackson & Catalano, 2006). Desta forma, o bolo vai-se acumular na língua (paste posterior) e na valécula, mantendo-se o processo de mastigação até que a comida permaneça na cavidade oral, aumentando gradualmente o bolo na orofaringe. A fase oral dura menos de um segundo (Matsuo & Palmer, 2008). O paladar, nos dois terços anteriores da língua, é conduzido pelo nervo facial (par VII), enquanto o terço posterior da língua e parede faríngea posterior são controlados pelo nervo glossofaríngeo (IX par) (Marchsesan, 1999).

A fase faríngea inicia-se com a passagem do bolo alimentar da faringe para o esófago, desencadeando-se o reflexo de deglutição, que permite que este prossiga para a via digestiva. É uma atividade sequencial rápida, que ocorre dentro de um segundo. Esta fase apresenta duas características biológicas fundamentais: a passagem do alimento, impelindo o bolo alimentar através da faringe até ao esófago; e a proteção das vias aéreas, isolando a laringe e traqueia da faringe, durante a passagem de alimentos, evitando que estes entrem na via aérea (Matsuo & Palmer, 2008). Durante a fase faríngea, o palato mole eleva-se conjuntamente com as paredes laterais e posterior da faringe, levando ao encerramento da nasofaringe, impedindo a regurgitação nasal de alimentos. O osso hioide e a laringe são elevados e puxados para a frente e as cordas vocais encerram-se (Matsuo & Palmer, 2008). A língua é a principal força de impulsão do bolo através da faringe. As ações sinérgicas com nervo vago (X par) produzem peristalse faríngea, uma vez que ele inerva os constritores da faringe e transporta aferentes da faringe inferior (Marchsesan, 1999). Assim, a existência de uma ineficiente proteção da via aérea e o retardamento no início da deglutição faríngea podem causar aspiração dos alimentos para a traqueia. No caso de a deglutição ser ineficiente, levando à aspiração, é necessário que se desencadeie uma tosse reflexa, como mecanismo de defesa da via respiratória. Caso não seja desencadeada a tosse reflexa como resposta à presença de um corpo estranho nas vias área, ocorre uma aspiração silenciosa (Michalakis et al., 2006).

A fase esofágica ocorre com a passagem do bolo através do esfíncter cricofaríngeo, movendo-se sobre a via aérea, que se encontra encerrada e passando o segmento faringoesofágico para dentro do esófago, através do esfíncter cricofaríngeo. O nervo vago (X par) medeia a ação do cricofaríngeo, que, ao relaxar, permite que o alimento passe da hipofaringe para o esófago. A elevação e o movimento anterior da laringe constituem a força mecânica significativa, que contribui para a abertura do esfíncter cricofaríngeo, que, em conjunto com o relaxamento do músculo cricofaríngeo, abre o segmento faringoesofágico, permitindo a passagem do bolo para o esófago (Michalakis et al., 2006). O esfíncter mantém-se fechado nos períodos de repouso e aberto durante a deglutição, vômito ou saída de ar. Assim, as funções do esfíncter cricofaríngeo, também designado por esfíncter esofágico superior, incluem a prevenção da distensão esofágica durante a respiração normal e a proteção da via aérea contra a aspiração durante um episódio de refluxo gastroesofágico. Na fase esofágica, a gravidade auxilia o peristaltismo em posição vertical (Matsuo & Palmer, 2008).

## **5.2. Deglutição Comprometida**

A DC, distúrbios deglutição e disfagia são termos usados de forma intercambiável para referir o movimento ineficaz de alimentos da boca para o estômago. A disfagia é uma alteração do funcionamento do mecanismo da deglutição. Pode ocorrer em qualquer das suas fases, estando associada a disfunções orofaríngeas ou esofágicas, a partir do ponto de vista anatómico, estrutural, funcional ou fisiopatológico.

A disfagia orofaríngea engloba as alterações da deglutição de origem oral, faríngea, laríngea e do esfíncter esofágico superior, correspondendo a 80% das disfagias diagnosticadas (Espinoza, Samerón, López & Aquino, 2019).

A disfagia esofágica refere-se às alterações do esófago superior, corpo esofágico, esfíncter inferior e cárdia, e está geralmente associada a causas mecânicas, correspondendo a 20% das disfagias diagnosticadas (Espinoza et al., 2019).

A DC inclui a disfagia orofaríngea e exclui a disfagia esofágica (Andersen, Beck, Kjaersgaard, Hansen & Poulsen, 2013), sendo que esta se refere especificamente ao fluxo ineficiente ou inseguro de líquido ou sólido da boca para o esófago (Eastreling, 2018). Na CIPE (2015) a DC é abordada com diagnósticos e intervenções de enfermagem associados ao foco “deglutir”.

Atendendo à complexidade dos requisitos necessários a uma deglutição eficiente, conforme descrito, facilmente se depreende que as alterações desta função podem ter várias causas (Branco & Portinha, 2017). A DC pode estar associada a desordens neurológicas ou

neurogénicas, que afetam o sistema nervoso central ou o sistema nervoso periférico, comprometendo a coordenação neuronal da deglutição, como nos casos de sequelas de AVC, traumatismos crânio encefálicos, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, entre outras (Branco & Portinha, 2017). De acordo com a WGO nos primeiros 3 dias após o AVC, 42-67% dos doentes apresenta DC, sendo a sua intensidade relacionada à gravidade do AVC (WGO, 2014). Esta é modulada pelo grau de representação faríngea no hemisfério cerebral não afetado, observando-se maior severidade nos doentes com o hemisfério dominante envolvido. De acordo com Altman, Richards, Goldberg, Frucht e McCabe (2013) a taxa de DC é maior em doentes com lesão do tronco cerebral e a recuperação do compromisso poderá estar relacionada com a neuroplasticidade no hemisfério não-afetado.

A DC poderá estar relacionada também com desordens mecânicas, por qualquer alteração das estruturas envolvidas durante o processo de deglutição, como em doentes com tumores da cabeça e pescoço, malformações congénitas e traumatismos. As desordens de origem psicogénica, por alterações emocionais, podem prejudicar também o normal desempenho da função da deglutição (Branco & Portinha, 2017).

Nos idosos o mecanismo de deglutição torna-se menos eficiente. A lentidão do ritmo natural do movimento é manifestamente marcada nas pessoas com idade superior a 80 anos, registando-se uma velocidade da condução nervosa nos idosos mais lenta do que nas pessoas mais jovens, em cerca de 10 a 15% (Umphred, 2010). A diminuição da força no maxilar inferior, a produção salivar, a alteração na dentição e o aumento do tecido conjuntivo e adiposo na língua podem condicionar as fases preparatória e oral da deglutição nestes doentes. Depois dos 60 anos, a fase faríngea torna-se mais demorada, sendo necessárias deglutições múltiplas para a eficácia da deglutição, aumentando substancialmente o risco de aspiração (Khan, Carmona & Traube, 2014). Na população idosa com DC, a tosse ineficaz e uma menor reserva pulmonar dificultam a expulsão de resíduos faríngeos, podendo ficar acumulados após a deglutição (Altman et al., 2013). A flacidez muscular, a xerostomia e os efeitos colaterais do uso de medicações também podem interferir no processo de deglutição (Branco & Portinha, 2017).

Na reabilitação da DC, os distúrbios funcionais são as alterações que mais merecem atenção. A sua identificação será determinante em todo o processo terapêutico, pois permite diagnosticar e planejar a intervenção de uma forma mais direcionada e adequada a cada questão (Branco & Portinha, 2017).

No que respeita à cavidade oral, a redução da pressão de encerramento labial pode conduzir ao escape anterior de saliva. A motricidade e sensibilidade da língua são essenciais para a mastigação, formação do bolo alimentar e seu transporte. Se existir alteração nestes componentes, ocorre a acumulação excessiva de alimentos na cavidade oral (resíduos orais) após a deglutição. A falta de dentição também afeta o processamento dos alimentos,

impossibilitando a redução do volume do bolo alimentar e aumentando o risco de aspiração (Matsuo & Palmer, 2008).

A disfunção faríngea também pode levar a uma fraca propulsão do bolo alimentar, conduzindo à retenção de fragmentos alimentares após a deglutição (resíduos faríngeos). A fraqueza muscular dos músculos faríngeos e da base da língua podem debilitar o peristaltismo, resultando na acumulação de resíduos nas valéculas ou seios piriformes (Matsuo & Palmer, 2008).

A penetração laríngea ocorre quando fragmentos do bolo alimentar, provenientes da cavidade oral ou do esófago, atravessam o vestíbulo laríngeo. Por sua vez, a aspiração é definida como a passagem de fragmentos do bolo alimentar pelas cordas vocais (Ortega, Martín & Clavé, 2017). Estes distúrbios podem ocorrer quando se verifica défice na inclinação da epiglote, encerramento incompleto do vestíbulo laríngeo ou encerramento inadequado das cordas vocais (Matsuo & Palmer, 2008). A aspiração silenciosa ocorre quando existe aspiração de conteúdo alimentar sem presença de qualquer sinal de alerta. No Quadro 2 apresentam-se as perturbações mais frequentes encontradas em cada fase da deglutição.

Fases da deglutição	Antecipatória	Preparatória	Oral	Faríngea	Esofágica
<b>Perturbações mais frequentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesão ou alteração dos sentidos de visão e/ou olfato e/ou paladar;</li> <li>- Xerostomia;</li> <li>- Sialorreia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de estruturas orais;</li> <li>- Perda de paladar e/ou cheiro;</li> <li>- Encerramento labial reduzido;</li> <li>- Movimentos reduzidos da língua durante a mastigação;</li> <li>- Reduzida tensão oral ou movimento oral irregular;</li> <li>- Dificuldade de controlo e propulsão do bolo alimentar;</li> <li>- Hipotonia facial, labial e lingual;</li> <li>- Restrição fisiológica na articulação temporomandibular;</li> <li>- Sialorreia;</li> <li>- Xerostomia;</li> <li>- Propulsão demorada ou muito rápida do bolo alimentar;</li> <li>- Postura incorreta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de estruturas orais;</li> <li>- Alterações da sensibilidade oral;</li> <li>- Reflexo de vômito muito anteriorizado;</li> <li>- Reduzida força de propulsão da língua;</li> <li>- Reduzida elevação lingual;</li> <li>- Reduzidos movimentos da língua antero-posteriores;</li> <li>- Padrões desorganizados de movimento lingual antero-posterior;</li> <li>- Dispraxia ou apraxia da deglutição;</li> <li>- Postura incorreta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de estruturas faríngeas;</li> <li>- Alterações de sensibilidade faríngea;</li> <li>- Atraso ou ausência de reflexo de deglutição;</li> <li>- Alterações uni ou bilaterais faríngeas;</li> <li>- Alterações no peristaltismo faríngeo;</li> <li>- Pseudoepiglote;</li> <li>- Disfunção do esfíncter esofágico superior;</li> <li>- Reduzida elevação e anteriorização laríngea;</li> <li>- Reduzido encerramento glótico;</li> <li>- Postura incorreta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações da sensibilidade esofágica;</li> <li>- Reduzido peristaltismo esofágico;</li> <li>- Desconforto espasmódico;</li> <li>- Alterações de coordenação de abertura e relaxamento dos esfíncteres esofágicos;</li> <li>- Postura incorreta.</li> </ul>

**Quadro 2** – Principais perturbações encontradas em cada fase da deglutição.

Fonte: Adaptado de Branco e Portinha (2017)



Teasell et al. (2016) referem que existe evidência elevada de que a DC e a aspiração podem estar associadas a um risco aumentado de desenvolver pneumonia, sendo que, esta associação parece ser proporcional à gravidade da aspiração. De acordo com Pierdevara, Ventura, Eiras, Gracias e Silva (2016) num estudo de identificação de eventos adversos num serviço de medicina verificou-se uma taxa de prevalência de pneumonia por aspiração de 6,67%, sendo que em quatro casos a pneumonia por aspiração foi o dano que contribuiu para a morte do doente. Makhnevich, Feldhamer, Kast e Sinvani (2019) referem que a pneumonia por aspiração afeta principalmente adultos mais velhos, ocorrendo quase 80% dos casos em indivíduos com 65 anos ou mais.

Branco e Portinha (2017) relatam que o desenvolvimento da pneumonia por aspiração depende da frequência, quantidade e natureza do material aspirado, pelo que o manuseamento das secreções e a higiene oral devem ser otimizadas, pois a deficiência nesses aspetos tem sido implicada como condição predisponente. Os mesmos autores referem que a desidratação também pode ser um fator de risco, pela diminuição do fluxo salivar, letargia, depressão do sistema imunitário, sendo que ocorre principalmente pela modificação da textura dos alimentos, espessamento ou suspensão de líquidos finos com o objetivo de reduzir a aspiração.

Serra-Prat et al. (2012), ao avaliarem o efeito do compromisso da deglutição, especificamente em doentes idosos com desnutrição e/ou infeções respiratórias baixas concluíram que o compromisso da deglutição contribui para a desnutrição, para a deterioração da capacidade funcional e debilidade muscular que, por sua vez favorecem o compromisso da deglutição, causando um círculo vicioso, que se associa a um processo de fragilidade.

Glenn-Molali (2011) relembra que a deglutição associada à atividade de vida alimentar-se deve ser compreendida para além das questões biológicas, mas também como uma forma de expressão de valores e crenças que se revelam pela socialização do indivíduo por isso qualquer transtorno irá interferir com todos os aspetos da vida social e de lazer, com grande impacto na qualidade de vida da pessoa.

Assim, a DC está frequentemente relacionada com o aumento de tempo de internamento e das taxas de mortalidade, assim como com um pior prognóstico a longo prazo, com diminuição da qualidade de vida dos doentes (Rofes et al., 2014).

### **5.2.1. Sinais e sintomas da deglutição comprometida**

Nos doentes com risco de desenvolverem ou com compromisso na deglutição é fundamental o reconhecimento de sinais de alerta. De acordo com Domingos et al. (2014), o

nível de vigília, a qualidade vocal, as características da ventilação, a limpeza das vias aéreas, a avaliação da face, lábios e língua, a capacidade para mastigar, o controlo cervical e ainda o grau de dependência, podem predizer o risco ou a presença efetiva de compromisso da deglutição

Segundo a WGO (2014) as pessoas com DC geralmente identificam a área cervical como a origem do problema referindo dificuldade em iniciar a deglutição, deglutição repetitiva, regurgitação nasal, tosse, fala anasalada, baba, redução no reflexo de tosse, engasgo.

Minshall e Pownall (2019) referem que as queixas mais frequentes dos doentes com DC são, a tosse, asfixia ou sensação de comida / bebida obstruindo a garganta. Assim, segundo os autores num curto prazo a DC pode manifestar-se por uma voz molhada, pigarreio persistente e alterações das vias aéreas superiores e dos padrões de respiração e a longo prazo podem surgir infeções respiratórias recorrentes, ingestão oral reduzida e perda de peso

A tosse associada à alimentação é um forte indicador de DC. Contudo, sendo a tosse uma função reflexa e que exige um estímulo sensorial, em certos distúrbios pode estar ausente, sendo que, 50% das pessoas que aspiram, não apresentam tosse nem outros sinais externos de alimentos ou líquidos a penetrar nas vias aéreas (Minshall e Pownall, 2019).

No Quadro 3 apresentam-se os principais sinais e sintomas encontrados em cada fase da deglutição.

Fases da deglutição	Antecipatória	Preparatória	Oral	Faríngea	Esofágica
<b>Sinais e sintomas mais frequentes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Incapacidade em reconhecer o alimento;</li><li>- Dificuldade em colocar o alimento na cavidade oral;</li><li>- Tosse antes da deglutição;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dificuldade em colocar o alimento na cavidade oral;</li><li>- Incapacidade de controlar a saliva;</li><li>- Tosse antes e durante a deglutição;</li><li>- Dificuldade durante a mastigação;</li><li>- Lentificação para a manipulação e preparo do alimento para deglutir;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Incapacidade de controlar a saliva;</li><li>- Tosse durante a deglutição;</li><li>- Sensação de obstrução do bolo alimentar;</li><li>- Redução do controlo do alimento;</li><li>- Lentificação para a manipulação e preparo do alimento para deglutir;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tosse durante e depois da deglutição;</li><li>- Voz molhada ou gargarejada;</li><li>- Várias deglutições para um bolo alimentar pequeno;</li><li>- Disfonia;</li><li>- Sensação de obstrução do bolo alimentar;</li><li>- Escape do alimento para a faringe.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tosse durante e depois da deglutição;</li><li>- Sensação de obstrução do bolo alimentar;</li><li>- Pressão a nível do tórax;</li><li>- Odinofagia após deglutição;</li></ul>

**Quadro 3** – Principais sinais e sintomas encontrados em cada fase da deglutição

Fonte: Adaptado de Logemann (1998), Lopes, Filho, Jacobi e Barros (2003)

Braga (2016a) alerta ainda para o facto de, na avaliação clínica do compromisso da deglutição, ser fundamental ter em conta que alguns destes sinais de alerta poderão ocorrer até cerca de um minuto após a conclusão da deglutição.

### **5.3. Avaliação da Deglutição**

A avaliação da deglutição envolve momentos distintos como a anamnese, o exame físico orofacial (incluindo sensibilidade e motricidade das estruturas) e a avaliação da função da deglutição (Silva, Gatto & Cola, 2003).

A história clínica pregressa e a história da doença atual também fornecem dados importantes para detetar a causa do compromisso na deglutição por isso é necessária uma avaliação inicial pormenorizada e orientada para o despiste dos sinais alerta (Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains, 2013). Segundo Silva e Jacobi (2003) a avaliação inicial deve incluir: queixa, história de internamento hospitalar, exames médicos; medicação atual; diagnóstico e etiologia médica; nível cognitivo, alterações da linguagem, atenção, memória, estado de alerta, sinais de fadiga, comportamentos ansiosos ou impulsivos e ainda as perturbações aos níveis sensorial e motor (alterações da visão, audição, parestesia, anestesia, algia, plegia, parésia, espasticidade, défice de coordenação, tremores, ataxia, entre outros).

O estado de consciência e compreensão oral da pessoa são fundamentais para a colheita de dados e para uma boa evolução no programa de reabilitação (Michalakakis et al., 2006), sendo que na sua avaliação se deve usar a Escala de Coma de Glasgow (Anexo M), por ser um instrumento de rápida aplicação, fiável e conciso e permitir monitorizar a “resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior” (CIPE, 2015, p. 49).

É importante aferir os hábitos alimentares da pessoa, de modo a encontrar indícios de DC, uma vez que essas pessoas costumam alterar a sua dieta sem se aperceberem, limitando-a a alguns alimentos e dando preferência à consistência pastosa. Este procedimento também possibilita que futuras alterações da dieta se aproximem dos hábitos alimentares do quotidiano da pessoa (Cardoso, Manuel, Magano & Castro, 2011). Assim, deve-se recolher informação sobre: dieta alimentar atual; estado nutricional e de hidratação; peso atual; nível de independência alimentar; alimentos preferidos; consistência, volume e temperatura em que geralmente ingere os alimentos; tempo necessário para realizar uma refeição; ingestão de líquidos durante a refeição; utilização de alguma estratégia específica para deglutir.

Glenn-Molali (2011) sublinha ainda a importância de avaliar a capacidade dos doentes para se alimentarem e hidratarem de forma autónoma, atendendo à sua mobilidade, à força muscular, ao controlo dos talheres desde o prato até à boca e presença de movimentos inadequados que interfiram com a execução destas atividades de vida. Igualmente importante é avaliação da capacidade dos doentes para preparar os alimentos e os líquidos para a sua ingestão, a avaliação do controlo da cabeça na posição de sentados e a acuidade visual. Os aspetos gerais do meio social em que a pessoa vive e o estado psicoemocional devem ser

analisados, uma vez que o momento da alimentação não é apenas uma necessidade fisiológica, mas também um ato social, criando angústia e sofrimento na pessoa perante as alterações e a impossibilidade de se alimentar como anteriormente ao problema (Silva, 1999).

O exame físico contempla a observação de aspetos de postura, tónus, mobilidade e sensibilidade das estruturas que participam no processo de deglutição, do padrão respiratório, estruturas anatómicas e reflexos orais (Silva, 1999). Segundo Braga (2016a) a avaliação estrutural reporta-se à função de cada um dos pares cranianos envolvidos na deglutição e envolve a mobilidade e sensibilidade dos lábios (abertura, fechamento, beijos e insuflação das bochechas); a mobilidade e sensibilidade da língua (protrusão e retração); a mobilidade mandibular; a mobilidade do palato mole (insuflação das bochechas, vocalização /a/); a mobilidade e morfologia da laringe (morfologia, elevação). Este autor defende também que são importantes na avaliação o controlo da cabeça na posição de sentado; a aparência da mucosa da cavidade oral; as peças dentárias e sua integridade; a capacidade de fazer apneia voluntária; a eficácia da tosse; o movimento laríngeo; a capacidade de deglutir saliva.

Numa última fase deverá ser efetuada a avaliação da função da deglutição, ou seja, realiza-se uma avaliação direta, com introdução de alimento de diferentes quantidades e consistências, visando analisar a dinâmica da deglutição, interrelacionando as suas diferentes fases (Logemann, 1998). Podem ser utilizados vários métodos, mas também se pode recorrer a técnicas e métodos não invasivos, como a excursão laríngea, auscultação cervical e oximetria de pulso (Peixoto, 2009). Através da excursão laríngea avalia-se o eventual atraso faríngeo relativamente ao tempo de trânsito oral (Logemann & Jeri, 2006). A auscultação cervical com o estetoscópio, permite a deteção de sons anormais durante o processo de deglutição preditivos de aspiração (Peixoto, 2009). Os episódios de dessaturação, durante a alimentação, devem ser valorizados como sinais de alerta de aspiração traqueobrônquica. Não existindo consenso sobre os valores de dessaturação, segundo os autores podem variar entre 2% a 4% (Clavé et al., 2008, Marian et al., 2017).

Em termos de avaliação da DC, a WGO (2014), considera a videofluoroscopia o padrão de ouro para avaliar este problema mas trata-se de uma avaliação invasiva e que implica maiores custos, sendo por isso de baixa acessibilidade.

Outras formas de avaliar o compromisso da deglutição é através de escalas.

### **Escalas de avaliação da deglutição**

A utilização de instrumentos para a avaliação da dinâmica da deglutição permite de forma segura adequar a dieta a cada pessoa (Cardoso et al., 2011) e assim reduzir o risco de complicações. De acordo com a revisão da literatura que realizámos não há consenso

absoluto sobre o instrumento que deve ser utilizado para o despiste da DC nem sobre o profissional de saúde que deve realizá-lo (Braga, 2016a). A pesquisa efetuada sugere que a escala que mais se adequa à população inter-nada no serviço de medicina é a escala Gugging Swallowing Screen (GUSS). Esta escala está validada e adaptada para o contexto português, e que permite uma avaliação fácil, rápida e sistemática da deglutição dos doentes numa fase aguda da doença (Ferreira et al., 2018). Outros autores (Abde-IHamid & Abo-Hasseba, 2017) citados por Ferreira et al. (2018) defendem que a GUSS é um dos instrumentos mais eficientes na deteção e avaliação do grau de severidade da DC em doentes pós AVC, porque além de permitir identificar a capacidade de ingestão oral, possibilita a alteração da alimentação diária do doente e a monitorização da sua evolução ao longo do tempo. Outra das suas vantagens é o facto de poder ser aplicada por qualquer profissional de saúde, por não exigir um domínio profundo sobre a mesma. Umay et al. (2019) num estudo transversal e multicêntrico com idosos sem DC concluíram que a escala GUSS é um teste válido e confiável para identificar possíveis riscos de DC nessa população.

A escala GUSS (Anexo N) é composta por duas fases: Fase 1 - avaliação preliminar/avaliação indireta da deglutição; Fase 2 - avaliação direta da deglutição. As avaliações devem ser realizadas sequencialmente, porque a pontuação da avaliação indireta é que permite realizar a direta.

A avaliação indireta é composta por três itens: vigília; tosse voluntária e/ou clearance; e deglutir a saliva. Estes subitens, pontuados como fisiológico (1 ponto) ou patológico (0 pontos). O somatório da pontuação vai de 1 (pior desempenho) a 5 (melhor desempenho). A máxima pontuação (5), permite passar para a avaliação direta. Esta é composta por quatro itens: deglutição; tosse involuntária; sialorreia; e alteração vocal que são pontuados como fisiológico (1 ponto), ou patológico (0 pontos), com exceção do item deglutição, em que 0 ponto corresponde a não deglutir, 1 ponto a atraso da deglutição e com 2 pontos a deglutição sem alterações. Para cada um destes itens realizam-se três subtestes sequencialmente, começando com a textura pastosa, seguida de líquida e por fim a sólida. Também o somatório da pontuação vai de 1 (pior desempenho) a 5 (melhor desempenho). A pontuação máxima (5), é pré-condição para passar a avaliação das diferentes texturas. A pontuação final indica a severidade do risco de DC e as intervenções a adotar, que vão desde não fazer qualquer administração oral; adequar a dieta para ser administrada por via oral; providenciar suplemento nutricional; sinalizar para uma avaliação mais diferenciada e instrumental através da videofluoroscopia ou videoendoscopia.

A Functional Oral Intake Scale (FOIS) é outra escala que permite a avaliação funcional da deglutição, desenvolvida e avaliada do ponto de vista psicométrico por Crary, Mann e Groher (2005). De acordo com estes autores, a aplicação desta escala permite orientar a implementação de medidas compensatórias, capazes de reeducar a função perdida. Esta

escala foi adaptada e validada para o português europeu, com a finalidade de descrever o nível funcional dos doentes para a ingestão oral, tendo em conta as alterações detetadas na avaliação clínica. Os 7 itens da FOIS possibilitam a categorização do grau de severidade da DC. Assim, um doente posicionado no nível 7 não apresenta qualquer tipo de limitação, por sua vez, um doente posicionado no nível 1 não ingere qualquer alimento por via oral. Os doentes posicionados nos níveis 1 a 3 desta escala são aqueles que necessitam de alimentação por sonda nasogástrica (SNG) para manutenção de um aporte alimentar consistente. Por sua vez, os doentes posicionados nos níveis 4 a 7 são aqueles que apresentam capacidade de ingestão total por via oral (Anexo O).

#### **5.4. Reeducação Funcional na Deglutição Comprometida**

A reabilitação dos indivíduos com DC tem por objetivo recuperar a deglutição segura e eficiente, garantindo a capacidade de manter o suporte nutricional e qualidade de vida dos doentes. Uma vez identificado o compromisso da deglutição nos doentes, impõe-se o planeamento dos cuidados de enfermagem, com a finalidade de melhorar as funções, recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio, Diário da República nº85/2019). Ainda de acordo com este regulamento, para além das técnicas específicas de reabilitação os EEER devem utilizar e intervir na educação dos doentes e dos seus elementos da família significativos.

A reeducação funcional de deglutição, engloba essencialmente técnicas compensatórias que permitem ao doente ingerir alguns alimentos por via oral sem aspirar e os exercícios de reabilitação com o objetivo de melhorar a força e a coordenação (Braga, 2016b). De acordo Easterling (2018) a efetividade terapêutica passa pela combinação das técnicas compensatórias com os exercícios de reabilitação.

#### **Alteração da consistência da dieta**

O objetivo da modificação da dieta é melhorar a segurança e/ou a facilidade de consumo de alimentos por via oral de acordo com as necessidades dos doentes. A modificação da textura dos líquidos é particularmente importante para garantir que as pessoas com DC sejam hidratadas adequadamente (Branco & Portinha, 2017). Por exemplo, as pessoas com atraso no reflexo faríngeo ou com disfunção no encerramento laríngeo devem ter abolida a administração de líquidos finos nestas o aumento da viscosidade reduz a incidência de

penetração e aspiração para a via aérea. Nas pessoas com alterações na mobilidade, coordenação e força da língua há uma maior dificuldade em deglutir alimentos mais espessos e por isso nestas pessoas, aumenta a prevalência de resíduos faríngeos após deglutição (Pauloski, 2008).

Glenn-Molali (2011) defende a terminologia das texturas dietéticas para os alimentos líquidos e alimentos sólidos de acordo com o standardizado pela American Dietetic Association (ADA) (Anexo P). E Minshall e Pownall (2019) defendem a terminologia das texturas dietéticas para os alimentos líquidos e alimentos sólidos de acordo com o standardizado pela International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (Anexo Q), não existindo ainda consenso sobre a terminologia e classificação das texturas dietéticas indicadas na abordagem dos doentes com DC conforme sublinha a European Society for Swallowing Disorders (2013).

### **Estimulação sensorial**

A estimulação sensorial consiste no uso de manobras que incrementam a estimulação sensitiva. Devem ser utilizadas nos doentes com diminuição da sensibilidade da cavidade oral e faringe, atraso ou diminuição na atividade da língua, atraso e/ou diminuição do reflexo faríngeo e apraxia da deglutição (Logemann, 2008; Lazarus, 2017). Esta terapia fornece o estímulo sensorial necessário para o início de uma atividade consistente da língua e de uma deglutição faríngea eficaz e segura (Lazarus, 2017). Branco e Portinha (2017) Defendem que as intervenções terapêuticas como a mudança no sabor, volume, temperatura e oferta de bebidas gaseificadas são bastante importantes em doentes com DC, pois aumentam os inputs sensoriais que irão melhorar os atos motores. Um bolo alimentar de maiores proporções pode ser mais eficaz para induzir uma deglutição faríngea mais rápida por fornecer maior estímulo sensorial (Pauloski, 2008; Braga, 2016b) e aumentar a consciencialização da presença do bolo alimentar na cavidade oral. Contudo, há doentes que precisam de deglutições múltiplas para propulsionar o bolo alimentar e nestes os volumes menores reduzem o risco de aspiração (Pauloski, 2008).

A estimulação tátil/térmica também tem sido usada para melhorar a deglutição (Logemann, 2008; Lazarus, 2017) e consiste na aplicação de frio a nível dos arcos fauciais anteriores, contribuindo para melhorar o reflexo faríngeo em doentes com atraso na fase faríngea da deglutição. O frio entre 1° e 3° celcius deve ser aplicado em ambos os arcos fauciais, com sentido descendente, evitando tocar na língua. Este procedimento deve ser realizado 5 vezes por dia durante 2 minutos (Teismann et al., 2009).

## **Posturas compensatórias**

De acordo com Lazarus (2017) as posturas compensatórias permitem controlar o fluxo do bolo alimentar e deste modo reduzir o risco de aspiração durante a deglutição. Pauloski (2008) alerta para a importância de ter em conta a origem do compromisso da deglutição antes de escolher a postura compensatória mais adequada. As manobras posturais mais frequentes incluem flexão, extensão, rotação, inclinação da cabeça e do pescoço para determinadas direções (Branco & Portinha, 2017).

A postura da cabeça em flexão está indicada nas pessoas com alterações no atraso no reflexo, diminuição da elevação laríngea, redução da retração da língua e encerramento laríngeo. Esta postura previne a aspiração alimentar porque proporciona o estreitamento das vias aéreas (Peixoto, 2009) e evita a rápida progressão dos alimentos para a parte posterior da faringe (Jeri & Logemann, 2009).

A postura da cabeça em extensão está indicada nas pessoas com alteração do controlo da língua porque aumenta a velocidade do tempo de trânsito oral, pela força e gravidade (Peixoto, 2009) e só poderá ser utilizada em pessoas colaborantes com bom nível de compreensão e que não apresentem alterações na proteção da via aérea (Jeri & Logemann, 2009). Esta posição compensatória pode ser associada a manobras da deglutição para garantir a proteção das vias aéreas (Lazarus, 2017).

A postura da cabeça em lateral e rotação está indicada nas pessoas com alterações orofaríngeas unilaterais, com acumulação de resíduos na boca e faringe. A lateralização deverá ser realizada para o lado são, porque permite direcionar o alimento para o lado são da faringe. Esta postura ao encerrar o seio periforme, diminui a probabilidade de aspiração alimentar (Jeri & Logemann, 2009).

A elevação da cabeceira a 30° é utilizada em doentes com grave compromisso da deglutição e a elevação da cabeceira superior a 60° ou a posição de sentado devem ser privilegiadas no momento da refeição, de modo a fomentar a independência (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011). Ainda de acordo com estes autores, a adoção da posição de sentado favorece a manutenção da vigília do doente, prevenindo a aspiração. Além disso a manutenção desta postura durante duas horas após a refeição, previne o refluxo gastroesofágico e o risco da sua aspiração (Kagaya et al., 2011).

Em anexo (Anexo R) encontra-se um quadro que reúne as posturas compensatórias, os objetivos e as indicações de cada uma.



## **Manobras compensatórias**

As manobras de deglutição são usadas para conferir controlo voluntário das pessoas em aspetos específicos da deglutição. Não podem ser usadas em pessoas com baixo nível cognitivo. Por exigirem esforço e causarem fadiga são usadas temporariamente e progressivamente eliminadas à medida que a deglutição se aproxima do padrão normal (Logemann, 1998).

O controlo do bolo alimentar é um tipo de exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular que visam melhorar os movimentos da língua necessários para a mastigação, processamento e transporte do bolo alimentar. Estes exercícios podem ser realizados com um bolo alimentar fictício (uma compressa embebida em água ou sumo, um botão de grandes dimensões preso a um cordel, ou um pequeno chupa-chupa (Pauloski, 2008).

A deglutição múltipla, de acordo com Silva (2007) é uma manobra que minimiza o apósito de resíduos orais e faríngeos, contribuindo indiretamente para a recuperação funcional da deglutição. Contudo, trata-se de uma técnica que, realizada isoladamente não é eficaz.

A deglutição forçada é uma manobra que requer que os doentes de forma consciente, façam o esforço muscular para deglutir, aumentando também a retração da língua, contribuindo para a clearance de resíduos acumulados nas valéculas (Easterling, 2017).

A manobra de Mendelsohn consiste no prolongamento de forma voluntária da excursão laríngea, aumentando o tempo de abertura do esfíncter cricofaríngeo. Um maior tempo de abertura deste esfíncter permite a passagem de um bolo alimentar de maior volume sem que haja compromisso na deglutição (Pauloski, 2008).

A deglutição supraglótica foi concebida com o objetivo de melhorar a capacidade para proteger as vias aéreas e prevenir a aspiração durante a deglutição (Pauloski, 2008). Os doentes são instruídos a respirar profundamente e, numa fase posterior, de forma consciente realizam um período de apneia enquanto deglutem o bolo alimentar. O ato de realizar a apneia proporciona o encerramento da glote e adução das cordas vocais verdadeiras evitando a aspiração de conteúdo alimentar (Kagaya et al., 2011)

A deglutição super-supraglótica é uma manobra que permite encerrar, de forma voluntária, o vestíbulo laríngeo, potenciando a adução das cordas vocais falsas antes e durante a deglutição. Distingue-se da manobra anterior porque no final desta os doentes são incentivados a tossir (Pauloski, 2008). A tosse após a deglutição remove qualquer resíduo que tenha progredido para as vias aéreas (Kagaya et al., 2011).

A manobra de Masako é uma técnica que consiste em protrair a língua e prendê-la entre os dentes incisivos e deglutir com a língua nesta posição. Esta manobra promove uma posição mais avançada da língua, favorecendo o aumento da contração faríngea, encontrando-se

indicada em doentes com baixo peristaltismo faríngeo (Logemann, 2008). De acordo com Pauloski (2008) esta manobra deve ser utilizada com precaução, pois pode ocorrer aumento dos resíduos faríngeos (especialmente nas valéculas), redução no encerramento do vestíbulo laríngeo e atraso na deglutição. Assim, os doentes devem ser instruídos a realizar esta técnica sem alimentos, devido ao elevado risco de aspiração (Easterling, 2017).

Em anexo encontram-se todas as manobras compensatórias anteriormente descritas, os seus objetivos e indicações, tendo em conta as fontes consultadas (Anexo S).

### **Exercícios de reabilitação miofuncional**

Os exercícios de reabilitação miofuncional destinam-se a melhorar a amplitude, força, precisão e rapidez da função de algumas estruturas anatómicas envolvidas da deglutição orofaríngea, nomeadamente os lábios, a língua, laringe e a mandíbula. O objetivo deste treino é assegurar uma ingestão oral segura e alterar definitivamente a disfunção na deglutição (Easterling, 2017). De acordo com Alves e Andrade (2017) existe uma variedade de programas de exercícios. Logemann (2008) defende que os programas implementados necessitam de avaliações regulares, pois a sua eficácia não é instantânea e podem ser necessárias 2 semanas a 2 meses para obter resultados.

Para prevenir a fadiga da pessoa e melhorar o controlo da deglutição, os exercícios podem ser realizados várias vezes ao dia (Braga, 2016b). Cada exercício deve promover a amplitude do movimento da estrutura treinada até ao máximo, num período mínimo de 3 segundos. Geralmente é aconselhado ao doente que repita o movimento cerca de 5 vezes e a realizar o exercício entre 5 a 10 vezes por dia (Logemann, 2008). Pauloski (2008) recomenda que, após conclusão de cada ciclo de exercícios, seja feito um período de relaxamento muscular. No quadro 4 apresentam-se os principais os exercícios de reabilitação de estruturas anatómicas envolvidas da deglutição orofaríngea.

<b>Estruturas Anatómicas</b>	<b>Exercícios de Reabilitação</b>
<b>Músculos faciais e lábios</b>	Protração, retração e lateralização; emissão do som tipo “estalar”; apreensão da espátula ou outro objeto fino; assobiar; movimentação dos lábios a imitar o beijinho; movimentos de sucção.
<b>Língua</b>	Colocar a língua o máximo fora da boca; realizar movimentos para cada canto da boca, elevar a ponta da língua até à parte interna dos dentes; efetuar a máxima abertura da mandíbula, quando mantem a língua elevada; emitir sons “k” ou “g”, pressionado uma espátula ou colher contra a língua; língua em concha.
<b>Laringe e hioides</b>	Exercício Shaker, Manobra de Mendelshon; voz de falsete (tom falso), de preferência com boca aberta.
<b>Mandíbula</b>	Movimentação para várias direções podendo conjugar movimentos circulares.

**Quadro 4** - Exercícios de reabilitação de estruturas anatómicas envolvidas da deglutição orofaríngea.

Fonte: Adaptado de Logemann e Jeri 2006, Braga, 2016b.

### **Estimulação neuromuscular**

A electroestimulação neuromuscular é a mais recente abordagem de reabilitação da DC. É aplicada através de elétrodos de forma transcutânea, com a finalidade de promover a movimentação supra-hioideia, laríngea e de favorecer a contração dos grupos musculares envolvidos diretamente na deglutição (Branco & Portinha, 2017). Segundo Cola, Dantas & Da Silva (2012) a estimulação elétrica neuromuscular é um método eficaz na reabilitação dos indivíduos com disfagia orofaríngea neurogênica, possibilitando o retorno da dieta por via oral e a diminuição de episódios de aspiração laringotraqueal. Associada à terapia tradicional (estimulação tátil-térmico-gustativa) demonstra maior eficácia (Cola et al., 2012).

### **Cinesiterapia respiratória**

De acordo com Braga (2016b) na reeducação funcional da DC devem ser implementadas técnicas de melhoria da ventilação, do padrão respiratório e da mecânica ventilatória. Estas técnicas visam assegurar a permeabilidade das vias aéreas e promover o fortalecimento da musculatura respiratória. Nos doentes com compromisso da deglutição a mobilização das secreções é frequentemente ineficaz (Kagaya et al., 2011) justificando-se a necessidade de cinesiterapia respiratória. A tosse é a técnica mais utilizada na mobilização de secreções, contudo a utilização de expirações forçadas “huffs” também se demonstra eficaz. Braga (2016b) defende que o ensino da tosse e tosse dirigida é fundamental para otimizar a proteção da via aérea, reduzindo o risco de pneumonia de aspiração. Segundo o mesmo autor a vibrocompressão torácica é também frequentemente utilizada para a mobilização de secreções em pessoas com DC.

### **Cuidados ao sistema sensório-motor oral**

A higiene oral é um aspeto fundamental nos doentes com DC contribuindo não apenas para o conforto da pessoa, mas também para minimizar o risco de colonização bacteriana e penetração nas vias aéreas (Braga, 2016b). A pneumonia por aspiração pode desenvolver-se em doentes com DC após aspiração de bactérias associadas à saliva ou aos alimentos por isso estudos sugerem que uma higiene oral cuidada nestes doentes pode reduzir a sua incidência (Higashiguchi et al., 2017). De acordo com Chen et al. (2019) um programa de saúde oral implementado durante a reabilitação da pessoa com DC pós-AVC pode diminuir

as barreiras ao sucesso da terapia de deglutição, promover a saúde oral e manter a ingestão oral.

A perda dentária e o uso de próteses dentárias inadequadas também interferem negativamente no processo de deglutição. Pessoas idosas com alteração do sistema sensório-motor oral apresentam maior prevalência de DC (Rech et al., 2017), por isso Ortega et al. (2014) referem que a avaliação rotineira da saúde oral, a instituição de medidas para melhorar a higiene oral e o tratamento adequado das doenças orais são fundamentais para reduzir o risco de pneumonia por aspiração e consequente morbidade e mortalidade.

### **5.5. Plano de Intervenção de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em Doentes com Deglutição Comprometida**

O projeto de intervenção aos doentes internados na unidade de cuidados onde decorreu o Estágio Final foi desenvolvido de acordo com a metodologia do processo de enfermagem, ou seja, foi feita a avaliação inicial, o planeamento, a implementação/intervenção e avaliação dos cuidados prestados. De acordo com Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, citado no Código Deontológico do Enfermeiro (2003), depois da recolha e apreciação de dados sobre cada doente segue-se a formulação do diagnóstico de enfermagem, a prestação ou execução de cuidados de enfermagem e por fim a avaliação dos cuidados e a eventual reformulação das intervenções. Este é um método amplamente aceite, sugerido como um método científico para orientar e qualificar a assistência de enfermagem e tem sido definido como uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, permitindo a avaliação dos resultados (Pokorski, Moraes, Chiarelli, Costanzi & Rabelo, 2009).

Atualmente, a enfermagem possui vários sistemas de classificação para o desenvolvimento de uma ou mais etapas do Processo de Enfermagem e entre eles destaca-se a CIPE. Esta classificação foi elaborada pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros, para implementação do Processo de Enfermagem, uma vez que esta se constitui, a partir de outras terminologias existentes, como uma uniformização das terminologias científicas utilizadas pela enfermagem, reunindo os diagnósticos, as intervenções e os resultados da prática de enfermagem. Na sua essência, os componentes da CIPE são os elementos da prática de enfermagem, ou seja, o que fazem os enfermeiros em face de determinadas necessidades humanas para produzir determinados resultados (Barro & Dal Sasso, 2012).

Com o objetivo de identificar casos de DC, foi efetuada uma avaliação não instrumental da deglutição, com a aplicação da Escala GUSS, aos doentes com sinais de alerta de DC e/ou que integrassem grupos de risco de a desenvolver.

**1) Sinais de alerta:** tosse ou necessidade de pigarrear para limpar a garganta depois de deglutir; voz alterada/"molhada" depois de deglutir; queda de alimentos ou líquidos pela boca; engasgamentos frequentes; dificuldade em iniciar a deglutição (demorar muito tempo para engolir); dificuldade respiratória depois de deglutir; dificuldade na mastigação e no controlo dos alimentos/bebidas na boca; lacrimejo, resíduos na cavidade oral depois de engolir; perda de peso; alterações da sensibilidade na língua, lábios e bochechas; história de infeções pulmonares.

**2) Grupos de risco:** idosos, pessoas com doenças neurológicas ou neurogénicas (AVC, doença de Parkinson, doença de Alzheimer).

Hughes (2011) salienta que a avaliação sistemática da deglutição nas primeiras 24 horas após a admissão é fundamental, e de acordo com a WGO (2014) nas primeiras 24 horas após um AVC não deve ser iniciada dieta antes da avaliação da deglutição do doente, pois um diagnóstico oportuno reduz três vezes o risco de complicações decorrentes da DC. Desta forma, procurou-se sempre que possível avaliar os doentes nas 24 horas após a sua admissão na unidade de internamento, e nos doentes com AVC, antes de iniciarem a dieta.

Os doentes identificados com compromisso da deglutição (score inferior a 20 na Escala GUSS) e com uma Escala de Coma de Glasgow superior ou igual a 11 (com pontuação máxima nos itens "abertura ocular" e "melhor resposta motora"). integraram o programa de intervenção (Anexo G), tendo-lhes sido realizada uma avaliação sistemática da deglutição e dos aspetos biopsicossociais (anexo H) como:

- 1) dados sociodemográficos, antecedentes clínicos, estado de doença atual;
- 2) avaliação neurológica;
- 3) avaliação morfodinâmica das estruturas envolvidas na deglutição;
- 4) avaliação da postura e controlo da cabeça;
- 5) capacidade de se alimentar de forma independente (mobilidade, força muscular, coordenação, equilíbrio, sensibilidade, acuidade visual);
- 6) padrão respiratório, estado nutricional;
- 7) higiene oral.

De referir, que aos doentes com DC e que não integraram o programa de intervenção, por apresentarem uma Escala de Coma de Glasgow inferior a 11, foram implementadas as recomendações da Escala GUSS no que concerne à consistência da dieta de modo a promover uma deglutição segura. Segundo essas recomendações, foi tido em conta também o encaminhamento dos doentes para a terapia da fala, e para avaliações funcionais

complementares da deglutição. Foi colocada sonda nasogástrica (SNG) para alimentação e ensinada algumas vezes ao próprio doente, outras ao familiar de referência, a necessidade de esmagar comprimidos (e misturá-los com puré) para a sua administração segura.

Durante a avaliação não instrumental e sistemática da deglutição foram observadas manifestações clínicas do compromisso na deglutição que possibilitaram a identificação da fase da deglutição com maior compromisso. Tendo em conta a fase da deglutição com maior compromisso foram selecionadas intervenções, a serem implementadas em 3 sessões semanais com duração de 30 minutos, compostas por: exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, treino de posturas compensatórias e treino de manobras de deglutição compensatórias direcionadas para as disfunções detetadas, tal como referenciado por diversos autores (Silva 2007; Pauloski, 2008; Glenn-Molali, 2011; Kagaya et al., 2011; Alves & Andrade, 2017; Lazarus, 2017) (Anexo I). Além das intervenções relacionadas com reeducação da deglutição, foram desenvolvidas também intervenções nas áreas da RFR, RFM, e treino de avd's, nutrição e higiene oral com os objetivos de proporcionar uma alimentação independente e de prevenir complicações respiratórias e nutricionais. Os 30 minutos das sessões eram exclusivos para a reeducação da deglutição, as outras intervenções eram desenvolvidas ao longo do turno de acordo com a oportunidade.

Assim o planeamento de cuidados de ER foi suportado pela CIPE versão 2015 e pelo Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação(OE, 2015) efetuado a partir dos seguintes diagnósticos: Deglutir comprometido; Autocuidado beber comprometido; Autocuidado alimentar-se comprometido; Limpeza das vias aéreas comprometida; Risco de aspiração; Risco de desidratação; Risco de compromisso na ingestão nutricional; Défice sensorial presente; Equilíbrio corporal comprometido; Movimento muscular diminuído.

Relativamente ao diagnóstico deglutir comprometido, a intervenção contemplou a avaliação com a Escala Guss, que permitiu averiguar as alterações da deglutição nas diversas consistências (pastosa, líquidos e sólidos), tal como alterações da qualidade da voz, reflexo de deglutição, tosse após deglutição e alteração do estado de consciência. Foi também avaliada a mobilidade da língua e lábios, do controlo postural, do reflexo de vômito, da sensibilidade da mucosa oral e da simetria facial (OE, 2015).

O envolvimento do doente e da família nos cuidados prestados, foi fundamental definindo metas e estabelecendo prioridades. Os EEER funcionam como agentes promotores da comunicação e como advogados dos direitos doente e respetiva família. A abordagem centra-se no ensino dos doentes e família sobre os riscos do compromisso na deglutição, modificação da consistência dos alimentos, uso de dispositivos de apoio e recurso a técnicas compensatórias (Glenn-Molali, 2011). Habel (2011) refere que “a educação dá poder aos doentes porque lhe dá os conhecimentos e as capacidades necessárias para gerirem os seus

próprios cuidados e controlarem as suas vidas” (p.62). No âmbito destes diagnósticos de enfermagem, avaliou-se a capacidade do doente e o conhecimento do doente/familiar sobre exercícios de deglutição, técnica de consistência adaptada, técnica sensorial e técnica postural compensatória da deglutição, tal como preconiza o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (OE, 2015) (Anexo I). Segundo Habel (2011) “um educador de doentes eficaz sabe o que precisa de ser ensinado, pensa em termos críticos, comunica com eficácia, está consciente das suas atitudes e valores, respeita o aprendente, cria um ambiente compreensivo, inclui o doente como participante, e monitoriza e avalia o processo educativo” (p.65).

O autocuidado é definido como uma atividade realizada pelo próprio visando “tratar do que é necessário para manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diárias.” (CIPE, 2015, p. 42). No diagnóstico autocuidado beber comprometido, as intervenções contemplaram a avaliação da capacidade dos doentes para abrir e fechar recipientes, colocar os líquidos no copo ou chávena, preparar os líquidos para a sua ingestão, segurar no copo ou chávena e beber através dos mesmos (OE, 2015). E para o diagnóstico autocuidado alimentar-se comprometido, definiram-se como intervenções a avaliação da capacidade do doente para cortar e preparar alimentos, para abrir e fechar recipientes, colocar os alimentos nos talheres, levar os alimentos à boca, pegar e beber por copo ou chávena e concluir a refeição (OE, 2015). Para além destas intervenções e tendo em conta a DC foi avaliada a funcionalidade da ingestão oral, reforçado o uso de estratégias compensatórias e foram providenciados ao doente dispositivos de apoio de acordo com as orientações de Glenn-Molali (2011). São exemplos de dispositivos de apoio: pratos com rebordo, talheres modificados e superfícies antiderrapantes. Tais instrumentos facilitam a preparação dos alimentos e sua ingestão. A utilização de copos adaptados evita inclinação exagerada da cabeça, minimizando o risco de aspiração.

Em relação à limpeza das vias aéreas comprometida as intervenções contemplaram a avaliação do reflexo de tosse do doente e sua eficácia e em função da avaliação reflexo de tosse ausente, presente mas ineficaz; ou reflexo de tosse presente e eficaz, aspiraram-se secreções com maior ou menor frequência. Foram implementadas técnicas de RFR que visaram melhorar a função ventilatória dos doentes e incrementar a sua capacidade de limpeza das vias aéreas, tais como: a respiração abdomino-diafragmática, a abertura costal global, abertura costal seletiva, exercício de rotação da escapulo-umeral, técnica de percussão torácica, técnica de vibrocompressão torácica, ensino da tosse dirigida e a técnica de expiração forçada. Foi avaliada a performance do doente e a sua tolerância a tais técnicas. Foi gerada uma unidade de registo, para cada doente, de forma a interpretar a condição ventilatória dos mesmos ao longo do plano de intervenção, nomeadamente no que concerne

aos valores basais de saturação periférica de oxigénio (SpO<sub>2</sub>), que foram avaliados em todas as sessões.

Quanto ao risco de aspiração, entendida a aspiração como “inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou pulmões” (CIPE, 2015, p.40). Ao longo do programa de intervenção procedeu-se à categorização do referido risco (presente ou ausente) tendo em conta a interpretação do score da Escala Guss e em função do risco foram adotadas as medidas descritas na referida escala, como alteração da consistência dos alimentos e líquidos, colocação de SNG, trituração de comprimidos, acompanhamento das refeições.

Quanto ao risco de desidratação, definido pela CIPE (2015) como a “redução do volume de líquidos ou perda de líquido corporal” as intervenções consistiram na monitorização de sinais de desidratação, tais como: diminuição da elasticidade da pele; mucosas secas; sensação de sede; diminuição do débito urinário; urina concentrada. Caso o risco estivesse presente era foi efetuado reforço hídrico e ensinamentos aos doentes/cuidadores para a importância de ingestão de líquidos.

Na abordagem dos doentes com DC foi fundamental o registo de um indicador de forma a atestar a condição nutricional destes doentes. Assim, foi registado o valor de Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando a unidade de medida quilograma por metro quadrado (Kg/m<sup>2</sup>). Para interpretação do valor obtido recorreu-se à tabela de classificação de adultos de acordo com o IMC (Anexo T). Este cálculo foi efetuado semanalmente, desde o início do programa de intervenção até ao seu termo. O diagnóstico risco de compromisso na ingestão nutricional contemplou também a monitorização da perda de peso nos últimos três meses, da redução da ingestão alimentar na última semana, e se o doente estava sob terapia intensiva. Nos doentes com risco presente foi solicitado apoio ao departamento de nutrição para reformulação e ajuste nutricional da dieta.

Na concretização do plano de intervenção, também foram desenvolvidas intervenções de enfermagem subordinadas aos focos “défice sensorial”, “equilíbrio corporal” e “movimento muscular”. Quanto ao diagnóstico défice sensorial presente, em todas as sessões, desenvolveram-se intervenções como: a avaliação da sensibilidade (superficial e profunda); aplicação de frio e calor (sacos térmicos); gestão do ambiente físico; execução de estimulação sensitiva (material de preensão fina, superfícies de diferentes texturas, facilitação cruzada) e da técnica de massagem; incentivo do exercício muscular e articular; execução da técnica de posicionamento (OE, 2015). No que concerne ao diagnóstico equilíbrio corporal comprometido desenvolveram-se intervenções como: avaliar o equilíbrio corporal (equilíbrio estático e dinâmico sentado; equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo); estimular a manter equilíbrio corporal (correção postural); executar técnica de treino de equilíbrio (alternância de carga nos membros; apoio unipodal; exercícios de coordenação de movimentos; facilitação cruzada); monitorizar equilíbrio corporal (OE, 2015). No âmbito do diagnóstico movimento



muscular diminuído, desenvolveram-se intervenções como: executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido nos segmentos corporais do hemicorpo sã; executar técnica de exercício muscular e articular passivo, ativo assistido ou ativo nos segmentos corporais do hemicorpo afetado; incentivar o doente a executar os exercícios musculares e articulares ativos (automobilizações); supervisionar o movimento muscular; monitorizar força muscular através da Escala de Força Muscular; monitorizar tónus muscular através da Escala de Ashworth Modificada (OE, 2015).

A avaliação rotineira da saúde oral, instituição de medidas para melhorar a higiene oral e o tratamento adequado das doenças orais também integrou este plano.

### **Equipamento**

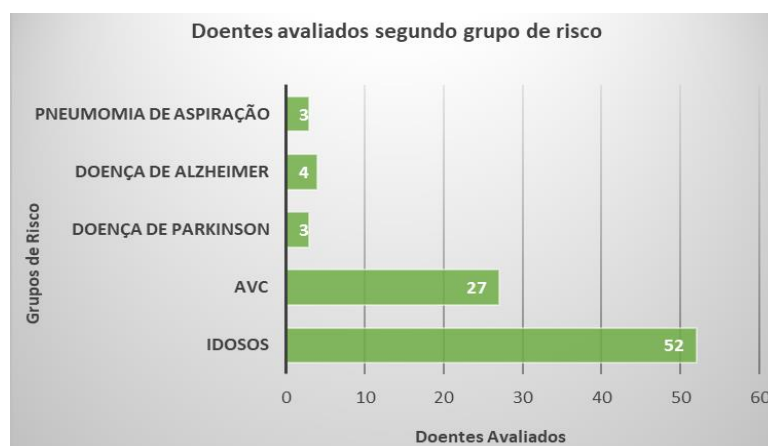
O equipamento utilizado na implementação do programa foi: estetoscópio; oxímetro; espessante; copos de plástico, água destilada, colher de metal; seringa 20 ml. espátula de madeira; cotonete congelado; compressas de 10x10; cronómetro; espelho, estadiómetro; balança. Utilizaram-se outros dispositivos de apoio disponíveis na unidade de internamento, tais como: talheres e copos adaptados; pratos com rebordo; superfícies antiderrapantes; bastão, pesos e inspirómetros de incentivo com a finalidade de auxiliar no desempenho de determinadas tarefas ou atividades (OE, 2015).

### **Avaliações intermédias**

As avaliações intermédias contemplaram a monitorização do compromisso da deglutição, do risco de aspiração, do nível de funcionalidade, do estado nutricional e da função ventilatória. Foram efetuadas semanalmente (ao fim de cada 3 sessões) e no momento da alta ou recuperação funcional dos doentes, pelas escalas FOIS, GUSS e BARTHEL, e pelas curvas de índice de massa corporal e oximetria (Anexo J). A escala GUSS foi aplicada também em sos, caso ocorresse alteração do estado clínico ou presença de sinais de compromisso da deglutição perante a dieta instituída. Como já foi referido, os valores basais de SpO2 foram avaliados em todas as sessões. Os diagnósticos anteriormente referidos também foram reavaliados semanalmente (Deglutir comprometido; Autocuidado beber comprometido; Autocuidado alimentar-se comprometido; Limpeza das vias aéreas comprometida; Risco de aspiração; Risco de desidratação; Risco de compromisso na ingestão nutricional; Défice sensorial presente; Equilíbrio corporal diminuído; Movimento muscular diminuído) e efetuado o registado em tabela própria (Anexo K).

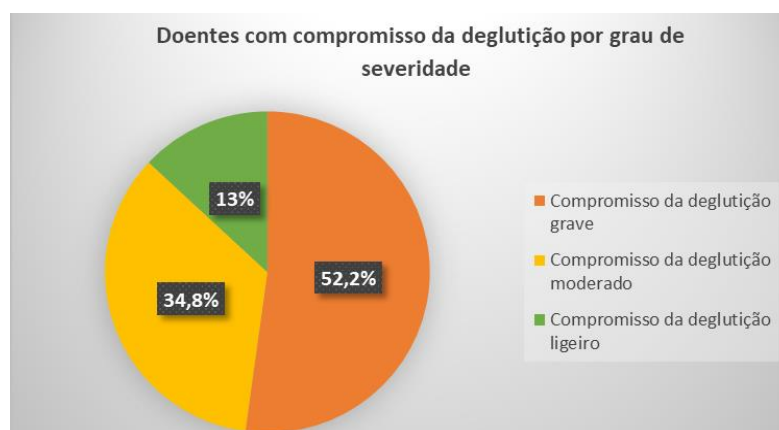
## 6. RESULTADOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM DOENTES COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

Foram submetidos a avaliação inicial com a Escala Guss 58 doentes, que tiveram em comum o facto de apresentarem sinais de alerta de DC (como exemplo, tosse, voz alterada, dificuldade respiratória depois de deglutir) e/ou integrarem grupos de risco como possuírem doença neurológica, história de pneumonia de aspiração e/ou serem idosos (gráfico 1). De referir que alguns dos doentes avaliados integravam mais do que um grupo de risco.



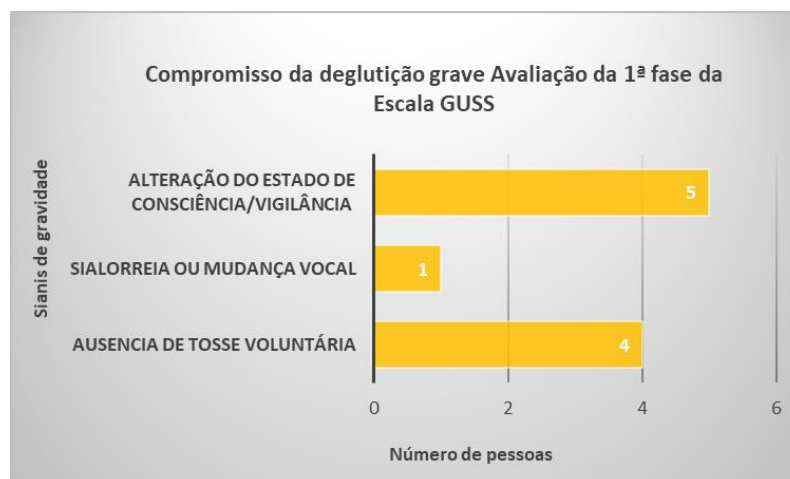
**Gráfico 1** - Doentes avaliados segundo grupo de risco

Dos doentes avaliados 31 eram do sexo feminino e 27 do sexo masculino, com uma média de idades de 78,7 anos. Foram sinalizadas 23 doentes, ou seja 39,7%, apresentavam perturbações da deglutição, sendo que desses, 52,2% tinham um compromisso grave (score entre 0 e 9 na Escala GUSS) (gráfico 2).



**Gráfico 2** – Doentes com compromisso da deglutição por grau de severidade

Para o compromisso da deglutição grave, os sinais de gravidade encontrados na 1ª fase da aplicação da Escala GUSS foram variados, no entanto, o sinal que teve maior expressão foi a alteração do estado de consciência (vígil por mais de 15 minutos) (gráfico 3). Na 2ª fase (teste direto com alimento pastoso) da Escala GUSS, identificamos 2 pessoas que não deglutiam ou apresentavam atraso da deglutição.



**Gráfico 3** – Compromisso da deglutição grave - alterações na 1ª fase da Escala GUSS

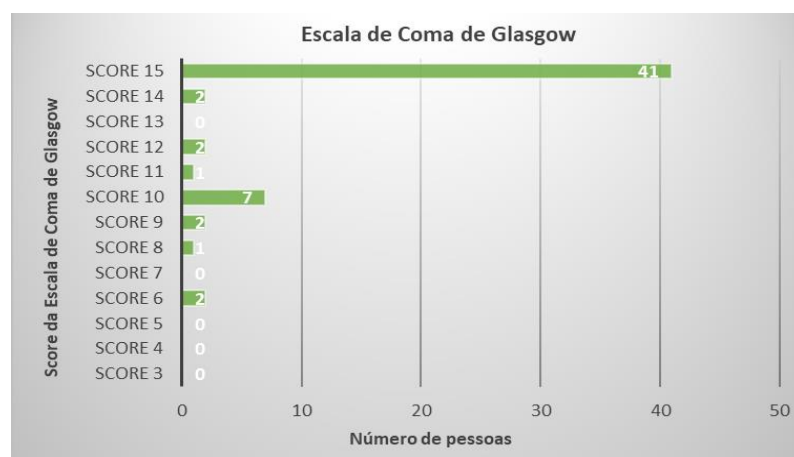
Em relação ao teste com alimento de consistência líquida da Escala GUSS, os sinais de gravidade que mais ocorreram foram a presença de tosse involuntária ou reflexa antes durante ou após a deglutição, até 3 minutos mais tarde, seguida da incapacidade ou atraso na deglutição (gráfico 4).



**Gráfico 4** – Compromisso da deglutição moderado da Escala GUSS

Dos 35 doentes avaliados com alimentos sólidos, sinalizaram-se 3 doentes com compromisso da deglutição ligeiro, (score entre 15 e 19 na Escala de GUSS). Todos os doentes foram identificados por não deglutirem, ou apresentarem atraso da deglutição para esta consistência.

Dos 58 doentes submetidos a avaliação inicial com a Escala Guss, 17 apresentavam alterações do estado de consciência (gráfico 5), e destes apenas 1 não apresentava alterações da deglutição.



**Gráfico 5 – Resultados da Escala de Coma de Glasgow**

Da análise dos dados, destes doentes apenas 7 cumpriam os critérios (uma Escala GUSS inferior a 20 e uma Escala de Comas de Glasgow superior ou igual a 11 pontos, com pontuação máxima nos itens “abertura ocular” e “melhor resposta motora”) para uma intervenção sistematizada orientada para a melhoria da função da deglutição. De referir que 1 doente recusou esta intervenção. No que se refere às suas características sociodemográficas 4 doentes eram do sexo masculino e 2 do sexo feminino, com uma faixa etária entre 66 e 86 anos, sendo a média de idades de 80,5 anos. Apenas 1 doente apresentava alterações da Escala de Coma de Glasgow, com score 14. O compromisso da deglutição era grave em 2 doentes e moderado em 4.

O doente sinalizado pela letra F foi excluído do programa de intervenção no início da segunda sessão por depressão no estado de consciência, traduzindo-se por scores na Escala de Coma de Glasgow inferiores a 11 pontos.

Restaram assim cinco doentes cujos casos são apresentados a seguir.

## **6.1. Descrição dos casos**

### ***O caso do doente A***

Tratou-se de um doente de 85 anos, sexo masculino, admitido por metástases cerebrais para estudo com antecedentes pessoais de AVC isquémico e doença de Parkinson. Foi realizada a primeira avaliação não instrumental da deglutição nas 24 horas após a sua admissão. Apresentava-se com um score na Escala de Coma de Glasgow de 15, sem alterações da linguagem. Apresentava deficit da força muscular nos quatro membros com score 4/5 na Escala de Avaliação da Força Muscular, alteração do equilíbrio ortostático (dinâmico), com um Índice de Barthel de 20. Não apresentava alterações da sensibilidade, do padrão respiratório e do estado nutricional (IMC de 22,4 kg/m<sup>2</sup>). Na avaliação inicial da deglutição com a Escala Guss apresentava um score de 13 que corresponde a um compromisso moderado da deglutição, sendo os sinais de gravidade, a sialorreia e mudança vocal no teste de deglutição de líquidos. Na FOIS situava-se num nível 4 que corresponde a ingestão total por via oral de uma única consistência.

Tendo em conta os sinais manifestados foram implementadas intervenções para a disfunção da fase faríngea com o objetivo de melhorar a elevação da laringe e o encerramento das cordas vocais (Anexo U). Seguindo as recomendações da GUSS foi instituída uma dieta pastosa (nível 1 da ADA), espessamento de todos os líquidos para consistência néctar, e implementada a trituração dos comprimidos, devendo estes, ser administrados misturados com puré. Foram realizadas medidas de RFM no intuito de debelar os défices motores e melhorar o equilíbrio, treino de avd's (comer/beber), tal como técnicas de RFR que visaram otimizar a função ventilatória. Em todas as sessões foi avaliada a ingestão hídrica tal como a higiene oral, e implementadas intervenções para a sua melhoria.

A intervenção decorreu em 5 sessões, tendo sido efetuadas 3 avaliações (inicial, intermédia e no momento da alta), tendo-se constatado que não apresentou alterações no IMC e no padrão respiratório. Em termos de deglutição manteve o compromisso moderado com os mesmos sinais de gravidade pelo que não evolui na dieta. Verificou-se uma ligeira melhoria da funcionalidade, tendo tido alta com um Índice de Barthel de 45 (gráfico 6).

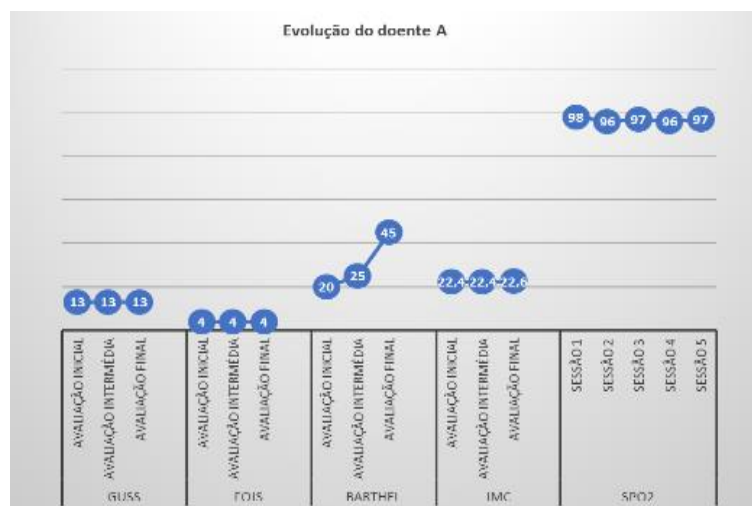


Gráfico 6 – Evolução do doente A

Relativamente à evolução clínica do doente, a partir dos diagnósticos de enfermagem, a Figura 1 sistematiza alguns diagnósticos associados ao compromisso da deglutição do doente e a sua evolução ao longo da intervenção. É possível verificar a evolução do doente no sentido de alguma independência, de um bom estado nutricional, de hidratação, e de uma tosse mais eficaz. Manteve o risco de aspiração relacionado com o seu compromisso da deglutição.

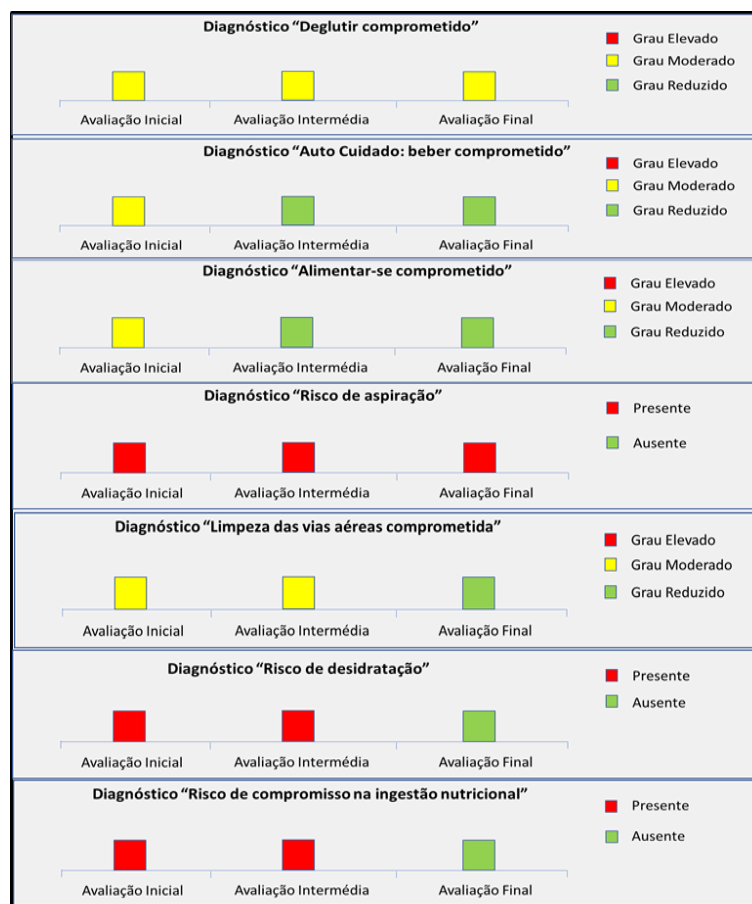


Figura 1 – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente A

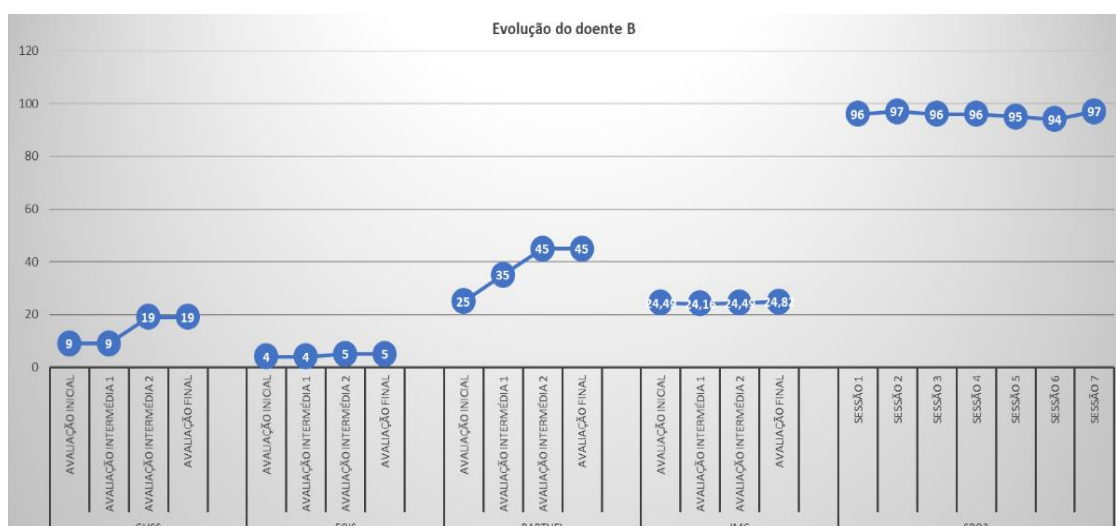
O doente demonstrou, de forma geral, conhecimento e capacidade para executar exercícios e as técnicas de deglutição. Observou-se uma maior capacidade no treino de exercícios orofaciais e uma menor capacidade no treino das manobras de Mendelsohn e na deglutição supraglótica (Anexo U). Não foi possível efetuar ensinamentos aos cuidadores pela sua ausência no serviço, tendo sido fornecido ao doente aquando da alta uma carta com as recomendações adequadas ao compromisso da sua deglutição.

### **O caso do doente B**

Tratou-se de um doente de 86 anos, sexo masculino, admitido por AVC isquémico do hemisfério direito, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e esofagite péptica. Foi realizada a primeira avaliação não instrumental da deglutição nas 24 horas após a sua admissão. Apresentava-se com um score na Escala de Coma de Glasgow de 15, com disartria ao nível da linguagem. Apresentava hemiparesia esquerda com força muscular 4/5 na Escala de Avaliação da Força Muscular, hipostesia algica à esquerda com parésia facial central, alteração do equilíbrio ortostático (dinâmico), com um Índice de Barthel de 20. Não apresentava alteração do padrão respiratório e do estado nutricional (IMC de 24,49 kg/m<sup>2</sup>). Na avaliação inicial da deglutição com a Escala Guss apresentava um score de 9 que corresponde a um compromisso grave/moderado da deglutição, sendo os sinais de gravidade, atraso na deglutição de semisólidos. Na FOIS situava-se num nível 4 que corresponde a ingestão total por via oral de uma única consistência.

Em função da avaliação e das manifestações do doente foram implementadas intervenções direcionadas para a disfunção das fases oral e faríngea com o objetivo de melhorar o trânsito oral e o reflexo da deglutição (Anexo V). Tendo em conta as recomendações da GUSS, e visto ser um compromisso grave/moderado foi instituída uma dieta pastosa (nível 1 da ADA), espessamento de todos os líquidos para consistência pudim, e implementada a trituração dos comprimidos, devendo estes, ser administrados misturados com puré. Foram realizadas medidas de RFM no intuito de debelar os défices motores e melhorar o equilíbrio, treino de avd's (comer/beber), tal como técnicas de RFR que visaram otimizar a função ventilatória. Em todas as sessões foi avaliada a higiene oral e implementadas intervenções para a sua melhoria. A fim de reverter os déficits sensorial e da linguagem desenvolveram-se exercícios oro faciais, estimulação sensitiva, e técnica de massagem.

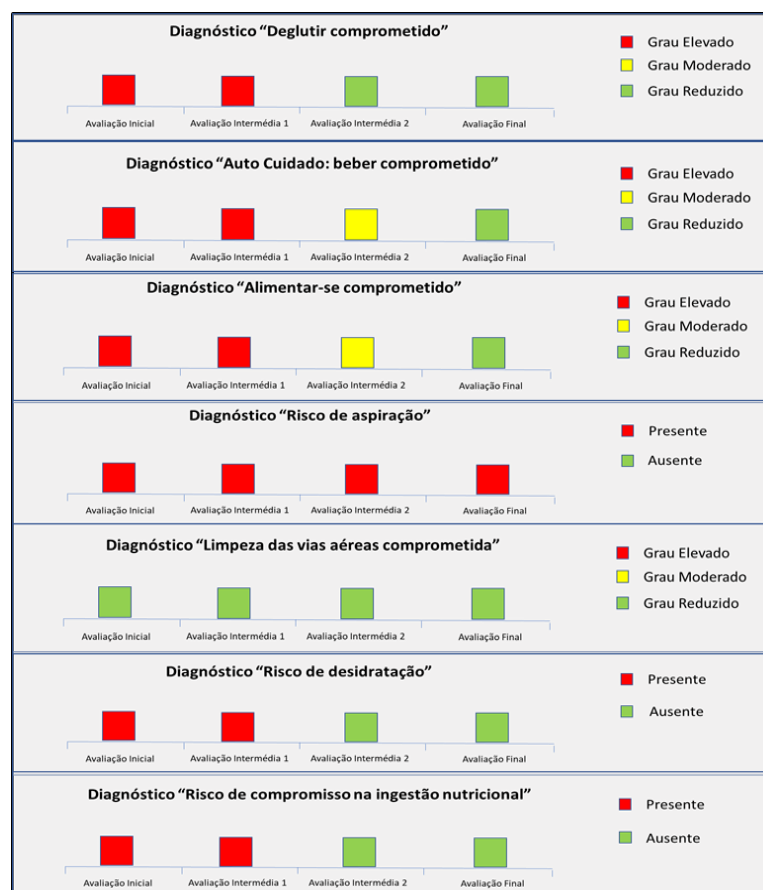
A intervenção decorreu em 7 sessões, com 4 avaliações (inicial, 2 intermédias e no momento da alta), tendo-se constatado que não apresentou alterações no IMC e no padrão respiratório. Em termos de deglutição evoluiu positivamente para um compromisso ligeiro dado que mantinha atraso na deglutição para sólidos. Assim, passou para uma dieta mole (nível 3 da ADA), com espessamento nos líquidos para consistência néctar, progredindo para um nível 5 da FOIS. Verificou-se uma ligeira melhoria da funcionalidade, tendo tido alta com um Índice de Barthel de 45 (gráfico 7).



**Gráfico 7 – Evolução do doente B**

Relativamente à evolução clínica do doente, a partir dos diagnósticos de enfermagem, a Figura 2 sistematiza alguns diagnósticos associados ao compromisso da deglutição do doente e a sua evolução ao longo da intervenção. É possível verificar a evolução do doente no sentido de alguma autonomia, de um bom estado nutricional e de hidratação. Pelo compromisso da deglutição manteve o risco de aspiração. Ao longo do programa manteve sempre uma tosse eficaz.





**Figura 2** – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente B

O doente demonstrou, de forma geral, conhecimento e capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição, tendo-se observado maior dificuldade na deglutição múltipla e na manobra de Masako. O cuidador esteve presente em duas sessões, tendo aprendido os exercícios orofaciais que lhe foram ensinados. Contudo, não demonstrou conhecimento sobre a postura, técnicas e manobras compensatórias, nomeadamente, estimulação térmica, controlo do bolo alimentar, deglutição forçada, deglutição múltipla, manobra de Masako (Anexo V). Foi entregue carta de alta com as recomendações adequadas ao seu compromisso da deglutição.

### **O caso do doente C**

Tratou-se de uma doente de 83 anos, sexo feminino, admitida por AVC isquémico do hemisfério esquerdo e traqueobronquite aguda com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e hiperuricemia. Foi realizada a primeira avaliação não instrumental da deglutição nas 24 horas após a sua admissão. Apresentava-se com um score na Escala de Coma de Glasgow de 15, sem alterações da linguagem. Apresentava hemiparesia direita de predomínio braquial com força muscular 3/5 no membro superior e 4/5 no membro inferior, na Escala de Avaliação da Força Muscular, alteração do equilíbrio ortostático (estático e dinâmico), com um Índice de Barthel de 15. Não apresentava alterações da sensibilidade e do padrão respiratório. IMC aumentado com valor de 29,7 kg/m<sup>2</sup>. Na avaliação inicial da deglutição com a Escala Guss apresentava um score de 9 que corresponde a um compromisso grave/moderado da deglutição, sendo os sinais de gravidade, atraso na deglutição de semisólidos. Na FOIS situava-se num nível 4 que corresponde a ingestão total por via oral de uma única consistência.

Dado os sinais manifestados foram implementadas intervenções direcionadas para a disfunção das fases oral e faríngea com o objetivo de melhorar o trânsito oral e o reflexo da deglutição (Anexo W). Tendo em conta as recomendações da GUSS, e visto ser um compromisso grave/moderado foi instituída uma dieta pastosa (nível 1 da ADA), espessamento de todos os líquidos para consistência pudim, e implementada a trituração dos comprimidos, devendo estes, ser administrados misturados com puré. Foram realizadas medidas de RFM no intuito de debelar os défices motores e melhorar o equilíbrio, treino de avd's (comer/beber), tal como técnicas de RFR que visaram otimizar a função ventilatória. Em todas as sessões foi avaliada a ingestão hídrica, tal como a higiene oral, e implementadas intervenções para a sua melhoria.

A intervenção decorreu em 3 sessões, tendo sido efetuadas 2 avaliações (inicial e no momento da alta que coincidiu com a intermedia), tendo-se constatado uma insignificante diminuição do IMC e uma melhoria dos valores de spo<sub>2</sub>. Em termos de deglutição manteve o compromisso moderado/grave com os mesmos sinais de gravidade pelo que não evolui na dieta. Sem evolução significativa da funcionalidade, tendo tido alta com um Índice de Barthel de 20 (gráfico 8).

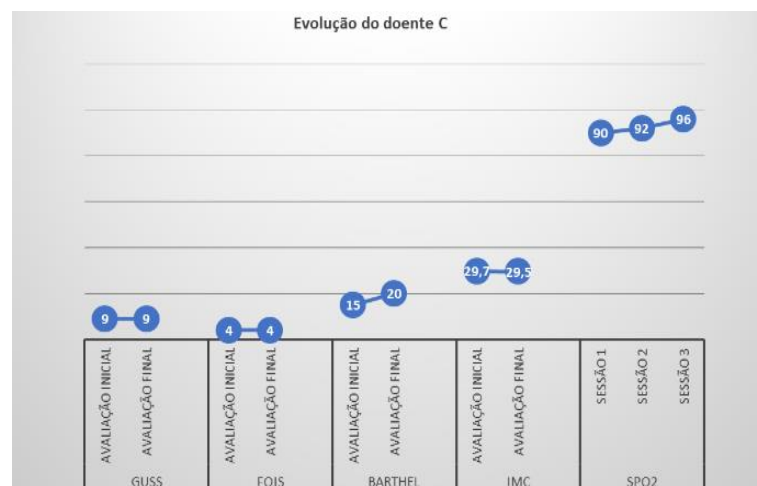


Gráfico 8 – Evolução do doente C

Relativamente à evolução clínica do doente, a partir dos diagnósticos de enfermagem, a Figura 3 sistematiza alguns diagnósticos associados ao compromisso da deglutição do doente e a sua evolução ao longo da intervenção. É possível verificar uma ligeira evolução do doente no sentido de alguma autonomia em relação às avd's beber e alimentar-se, e uma melhoria da eficácia da tosse. Contudo, no momento da alta ainda apresentava risco de desidratação, compromisso da ingestão nutricional e de aspiração.

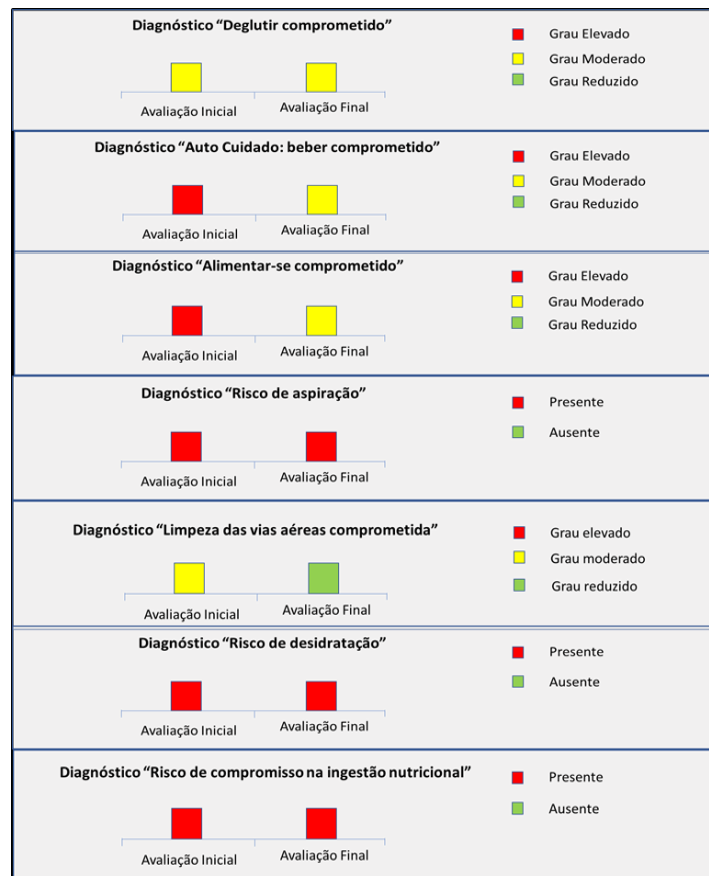


Figura 3 – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente C

A doente demonstrou apenas capacidade para executar alguns exercícios orofaciais. De forma geral, não demonstrou conhecimento nem capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição (Anexo W). Não foi possível efetuar ensinamentos aos cuidadores pela sua ausência no serviço, tendo sido fornecido ao doente aquando da alta uma carta com as recomendações adequadas ao sem compromisso da sua deglutição, onde ia expresso a necessidade de manter os cuidados de ER e/ou ser observado por terapia da fala.

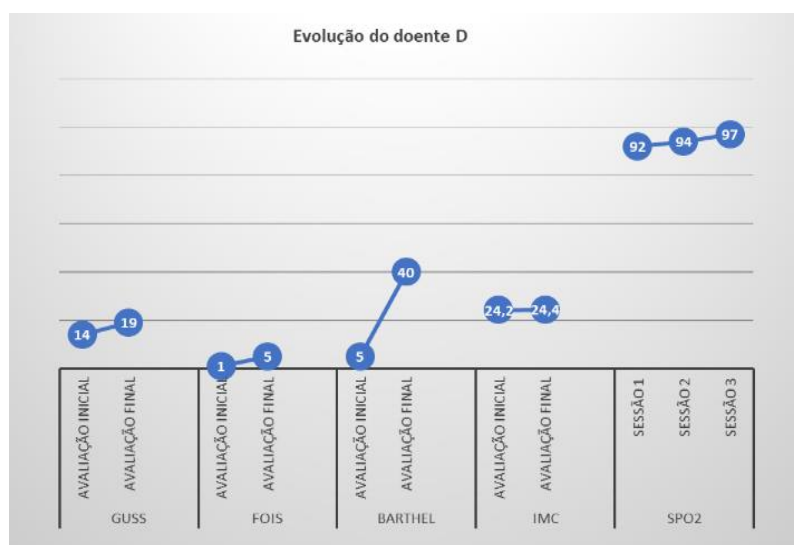
### **O caso do doente D**

Tratou-se de um doente de 66 anos, sexo masculino, admitido por broncopneumonia à direita com insuficiência respiratória com antecedentes pessoais de doença hepática crónica, etilismo crónico, síndrome demencial. Foi realizada a primeira avaliação não instrumental da deglutição nas 24 horas após a sua admissão. Apresentava-se com um score na Escala de Coma de Glasgow de 14, por uma resposta verbal confusa, sem alterações da linguagem. Apresentava deficit da força muscular nos quatro membros com score 3/5 na Escala de Avaliação da Força Muscular, alteração do equilíbrio ortostático (dinâmico), com um Índice de Barthel de 5. Não apresentava alterações da sensibilidade, do padrão respiratório, e do estado nutricional (IMC de 24,2 kg/m<sup>2</sup>). Na avaliação inicial da deglutição com a Escala Guss apresentava um score de 14 que corresponde a um compromisso moderado da deglutição, sendo os sinais de gravidade, tosse após ingestão de líquidos. Na FOIS situava-se num nível 1 que corresponde a incapacidade de ingestão por via oral, sendo alimentado exclusivamente por SNG.

Dado os sinais manifestados foram implementadas intervenções direcionadas para a disfunção da fase faríngea com o objetivo de melhorar a elevação da laringe e o encerramento das cordas vocais (Anexo X). Tendo em conta as recomendações da GUSS, procedeu-se à remoção da SNG e foi instituída uma dieta pastosa (nível 1 da ADA), espessamento de todos os líquidos para consistência mel e implementada a trituração dos comprimidos, devendo estes, ser administrados misturados com puré. Foram realizadas medidas de RFM no intuito de debelar os défices motores e melhorar o equilíbrio, treino de avd's (comer/beber), tal como técnicas de RFR que visaram otimizar a função ventilatória. Em todas as sessões foi avaliada a ingestão hídrica, tal como a higiene oral, e implementadas intervenções para a sua melhoria.

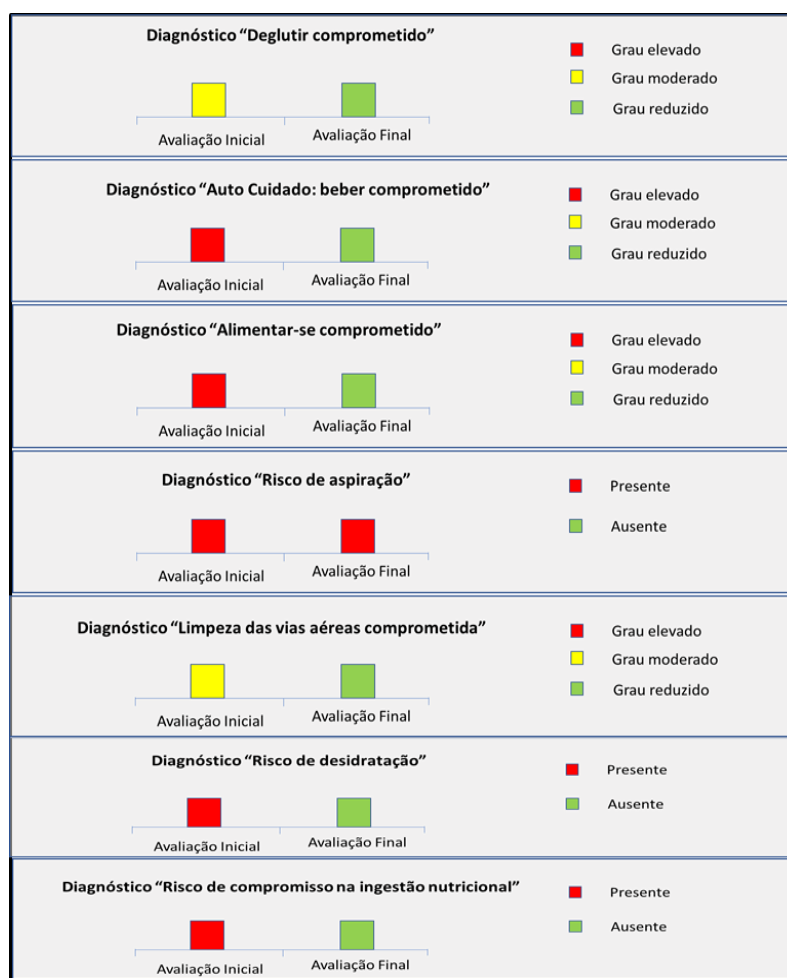
A intervenção decorreu em 3 sessões, tendo sido efetuadas 2 avaliações (inicial e no momento da alta que coincidiu com a intermedia), tendo-se constatado uma melhoria do IMC e dos valores de spo<sub>2</sub>. Em termos de deglutição progrediu para um compromisso ligeiro, sendo o sinal de gravidade, o atraso na deglutição de sólidos. Assim, passou para uma dieta mole (nível 3 da ADA), tendo progredido para um nível 5 da FOIS, mantendo o espessamento

dos líquidos, mas para consistência néctar. Verificou-se uma ligeira melhoria no grau de independência, tendo tido alta com um Índice de Barthel de 40 (gráfico 9).



**Gráfico 9 – Evolução do doente**

Relativamente à evolução clínica do doente, a partir dos diagnósticos de enfermagem, a Figura 4 sistematiza alguns diagnósticos associados ao compromisso da deglutição do doente e a sua evolução ao longo da intervenção. É possível verificar a evolução do doente no sentido de uma significativa autonomia nas avd's beber/alimentar-se, de um bom estado nutricional e de hidratação. Pelo compromisso da deglutição manteve o risco de aspiração. Ao longo do programa também melhorou a eficácia da tosse.



**Figura 4** – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente D

O doente demonstrou capacidade para executar alguns exercícios orofaciais, a postura compensatória e o exercício de Shaker, contudo, só após instrução dos mesmos. Nunca demonstrou conhecimento sobre os exercícios e técnicas de deglutição (Anexo X). Não foi possível efetuar ensinamentos aos cuidadores pela sua ausência no serviço. Aquando da alta foi fornecida ao doente uma carta com as recomendações adequadas ao seu compromisso da deglutição.

### **O caso do doente E**

Tratou-se de uma doente de 86 anos, sexo feminino, admitida por AVC isquémico lacunar esquerdo com antecedentes pessoais síndrome depressivo, dislipidemia e asma. Não foi possível realizar a primeira avaliação não instrumental da deglutição nas 24 horas após a sua admissão. Apresentava-se com um score na Escala de Coma de Glasgow de 15, sem alterações da linguagem. Apresentava hemiparesia direita com força muscular 2/5 no membro superior e 3/5 no membro inferior, na Escala de Avaliação da Força Muscular, alteração do equilíbrio ortostático (estático e dinâmico), hipostesia à direita com parésia facial central, com um Índice de Barthel de 15. Não apresentava alterações do padrão respiratório e do estado nutricional (IMC de 22,6 kg/m<sup>2</sup>).

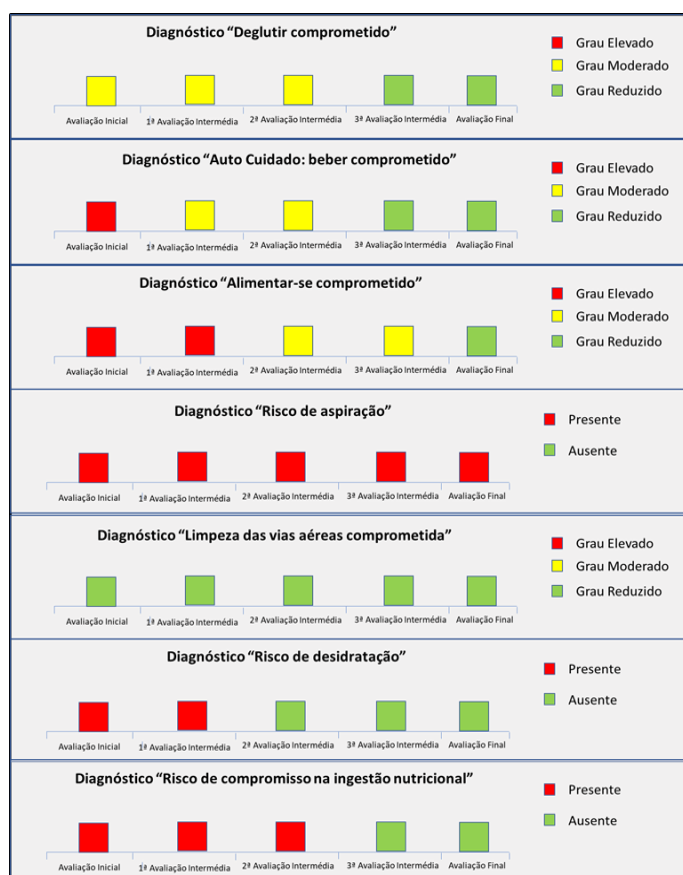
Na avaliação inicial da deglutição com a Escala Guss apresentava um score de 14 que corresponde a um compromisso moderado da deglutição, sendo os sinais de gravidade, tosse após ingestão de líquidos. Na FOIS situava-se num nível 4 que corresponde a ingestão total por via oral de uma única consistência. Dado os sinais manifestados foram implementadas intervenções direcionadas para a disfunção da fase faríngea com o objetivo de melhorar a elevação da laringe e o encerramento das cordas vocais (Anexo Y). Tendo em conta as recomendações da GUSS, foi instituída uma dieta pastosa (nível 1 da ADA), espessamento de todos os líquidos para consistência mel, e implementada a trituração dos comprimidos, devendo estes, ser administrados misturados com puré. Foram realizadas medidas de RFM no intuito de debelar os défices motores e melhorar o equilíbrio, treino de avd's (comer/beber), tal como técnicas de RFR que visaram otimizar a função ventilatória. Em todas as sessões foi avaliada a ingestão hídrica, tal como a higiene oral, e implementadas intervenções para a sua melhoria. A fim de reverter o deficit sensorial desenvolveram-se exercícios oro faciais, estimulação sensitiva e técnica de massagem.

A intervenção decorreu em 10 sessões, tendo sido efetuadas 5 avaliações (inicial, 3 intermedias e final), tendo-se constatado uma melhoria do IMC e dos valores de spo<sub>2</sub>. Em termos de deglutição progrediu para um compromisso ligeiro, sendo o sinal de gravidade, o atraso na deglutição de sólidos, pelo que, na 10<sup>a</sup> sessão iniciou exercícios dirigidos para a disfunção da fase oral. Assim, passou para uma dieta mole (nível 3 da ADA), progredindo para um nível 6 da FOIS, sem necessidade de espessamento dos líquidos. Verificou-se também uma melhoria no grau de independência, tendo tido alta com um Índice de Barthel de 45 (Gráfico 10).



**Gráfico 10 – Evolução do doente E**

Relativamente à evolução clínica do doente, a partir dos diagnósticos de enfermagem, a Figura 5 sistematiza alguns diagnósticos associados ao compromisso da deglutição do doente e a sua evolução ao longo da intervenção. É possível verificar a evolução do doente no sentido de uma significativa autonomia nas avd's beber/alimentar-se, de um bom estado nutricional e de hidratação. Pelo compromisso da deglutição manteve o risco de aspiração. Ao longo do programa manteve sempre uma tosse eficaz.



**Figura 5 – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente E**



A doente demonstrou capacidade para executar todos os exercícios e técnicas de deglutição, tendo-se observado maior dificuldade na manobra de Mendelsohn e na deglutição Supraglótica. Nestas técnicas demonstrou sempre conhecimento deficitário, necessitando sempre de instrução prévia para a sua execução. O cuidador esteve presente em quatro sessões, tendo aprendido corretamente os ensinamentos sobre os exercícios orofaciais e as posturas compensatórias. Contudo, não demonstrou conhecimento sobre a manobra de Mendelsohn e a deglutição Supraglótica (Anexo Y). Foi entregue carta de alta com as recomendações adequadas ao compromisso da sua deglutição.

### 6.1.1. Síntese dos casos

As intervenções decorreram num total de 28 sessões tendo-se verificado que 3 doentes evoluíram positivamente, em relação à avaliação pela escala de Guss e que 2 se mantiveram no mesmo nível. De referir que não se constatou nenhum agravamento do compromisso de deglutição (Gráfico 11). Assim, 3 doentes progrediram no nível da FOIS, e 2 mantiveram-se sem alterações. Contudo, nenhum doente reverteu por completo o compromisso na deglutição. Os doentes apresentaram mais disfunções na fase faríngea.



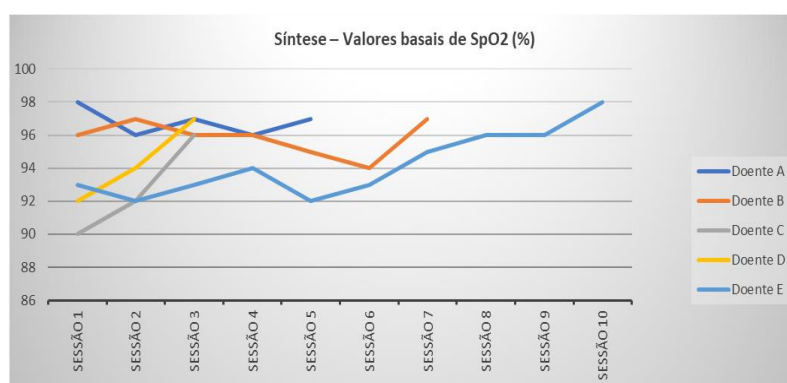
**Gráfico 11 – Síntese dos Resultados da Escala Guss**

Tendo em conta a terminologia das texturas dietéticas standardizada pela American Dietetic Association (2003), verificou-se que 3 doentes evoluíram de uma dieta de puré com consistência homogénea para uma dieta à base de alimentos moles. Dos doentes que receberam cuidados orientados para a recuperação da função da deglutição apenas 1 concluiu o programa de intervenção sem necessidade de espessamento nos líquidos (Quadro 5).

Doente	Avaliação	Dieta Recomendada	
		Alimentos Líquidos	Alimentos Sólidos
		Consistência	Nível
A	Inicial	Néctar	Nível 1
	Final	Néctar	Nível 1
B	Inicial	Pudim	Nível 1
	Final	Néctar	Nível 3
C	Inicial	Pudim	Nível 1
	Final	Mel	Nível 1
D	Inicial	Mel	Nível 1
	Final	Néctar	Nível 3
E	Inicial	Mel	Nível 1
	Final	Líquidos	Nível 3

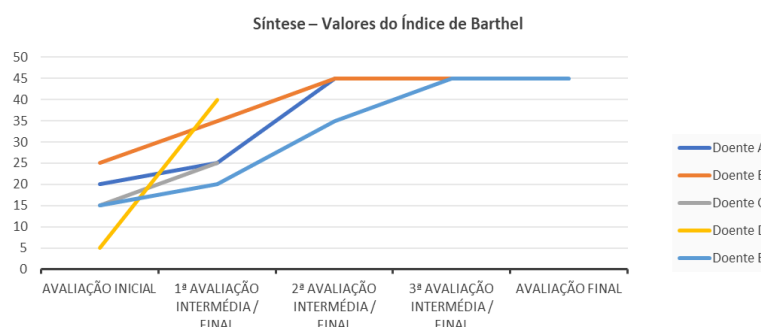
**Quadro 5** – Síntese da dieta recomendada ao longo do programa de intervenção

Em termos de autocuidado nos diagnósticos beber comprometido, alimentar-se comprometido todos os doentes apresentaram evolução positiva, tal como na limpeza das vias aéreas comprometida. Quanto aos diagnósticos risco de desidratação e risco de compromisso na ingestão nutricional, apenas 1 doente (doente C) terminou o programa de intervenção evidenciando o referido risco. Todos os doentes estudados mantiveram o risco de aspiração associado ao compromisso da deglutição. Contudo, as curvas de SpO2 manifestam uma estabilidade dos valores, com tendência ascendente (gráfico 12).



**Gráfico 12** – Síntese dos Valores Basais de SpO2

Nos doentes abordados foi evidente o risco de compromisso na ingestão nutricional. Contudo, ao longo do programa de intervenção, não foram observadas grandes oscilações nos valores de IMC, tendo-se verificado um ligeiro aumento em quatro doentes. O doente C foi o único que apresentou uma diminuição em cerca de 0,2 kg/m<sup>2</sup>. As intervenções de enfermagem implementadas no âmbito da RFM foram fundamentais para a remissão dos défices motores e sensoriais observados. Foi observada uma progressão positiva contribuindo de forma afincada para a concretização do autocuidado, como se constata no gráfico 13, em que todos os doentes apresentaram melhores valores no Índice de Barthel no momento da alta.



**Gráfico 13 – Síntese dos Valores do Índice de Barthel**

Os doentes demonstraram, de uma forma geral, deter conhecimento e capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição, à exceção do doente C. Todos os doentes apresentaram dificuldades na aprendizagem das técnicas e manobras compensatórias, sendo que, os exercícios orofaciais foram facilmente assimilados. Só se verificou a participação do prestador de cuidados em dois casos (doentes B e E), sendo as dificuldades de aprendizagem idênticas às dos doentes.

## **7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

O primeiro objetivo do projeto de intervenção era identificar através de escalas próprias os doentes com DC. A pertinência da concretização deste objetivo prendeu-se com o defendido por Smithard (2015). De acordo com este autor a DC é um problema multidisciplinar e que numa primeira intervenção é a identificação o mais precocemente possível, tanto através da história clínica como de um teste de deglutição, por qualquer membro da equipa clínica. Nesta área de cuidados a equipa de enfermagem é um grupo profissional de destaque pois os enfermeiros são os profissionais que permanecem mais tempo junto dos doentes e são responsáveis por assegurar a sua autonomia e segurança tal como sugerem Guedes et al. (2009). A avaliação da deglutição na admissão antes do início da administração da alimentação por via oral revela-se assim de grande importância na medida em que permite reduzir a incidência de pneumonia nos doentes como evidenciaram Eltringham et al. (2018), uma vez que, os atrasos de avaliação foram associados a um risco absoluto de incidência de pneumonia de 1% por dia de demora. Efetivamente, a avaliação precoce dos indivíduos que pertencem aos grupos de risco é fundamental, particularmente naqueles com alto risco associado às comorbilidades (WGO, 2014). A avaliação não instrumental da deglutição, com a aplicação da Escala GUSS, aos doentes com sinais de alerta de DC e/ou que integrassem grupos de risco de a desenvolver, recomendada por vários autores (Ferreira, et al., 2018; Umay et al., 2019) foi efetuada assim que possível após a sua admissão e a partir daqui foi possível identificar precocemente os casos de DC e implementar medidas conjuntas com a equipa multidisciplinar para promover uma deglutição segura e eficaz. A ausência de complicações associadas a este problema e a melhoria das capacidades funcionais em alguns doentes também revelaram a importância da intervenção precoce junto dos doentes com DC e o contributo dos cuidados diferenciados em ER.

Zhang e Ju (2018) num estudo que visava verificar os efeitos de uma intervenção de enfermagem especializada na reeducação da deglutição nos utentes idosos com AVC e com compromisso da deglutição concluíram que tem um efeito clínico significativo na melhoria do compromisso da deglutição. De acordo com os autores deste estudo com a intervenção especializada foi possível verificar um aumento do conhecimento sobre a doença nos doentes, uma melhoria do controlo das emoções, uma maior adesão à terapia, uma maior rapidez na recuperação das estruturas intervenientes na deglutição e a manutenção do equilíbrio nutricional. Os investigadores concluíram ainda que essa intervenção esteve na base da

redução da infeção pulmonar e no aumento da qualidade de vida. Tal como este estudo, e no que se refere ao objetivo avaliar os resultados das intervenções ou recuperação funcional no momento da alta, também na maioria dos doentes se verificou uma melhoria do compromisso da deglutição, uma melhoria da condição ventilatória e do autocuidado. A aposta na cinesiterapia respiratória foi fundamental, prevenindo a pneumonia por aspiração e otimizando a condição ventilatória do doente, tal como defendido por Kagaya, et al. (2011). Observou-se que no início do programa, num dos doentes não existia qualquer possibilidade de alimentação oral (o doente era alimentado por SNG) e no final do mesmo, não necessitava deste recurso para suprimir as suas necessidades nutricionais. O treino de deglutição, conjugado com técnicas de biofeedback, foi fundamental para a reeducação funcional da deglutição destes doentes, tal como no estudo de Li et al. (2016). Assim de uma forma global, as intervenções implementadas concorreram para a reeducação da deglutição comprometida, sendo comprovada a melhoria funcional em todos os doentes que concluíram o programa, e cuja progressão dos doentes foi comprovada com a escala FOIS. Estes resultados informaram sobre a importância da avaliação sistemática da deglutição e o acompanhamento do risco nutricional dos doentes com AVC que exigem um esforço contínuo tal como sugerido por Kampman et al. (2015).

Os doentes demonstraram, de uma forma geral, deter conhecimento sobre o seu problema e capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição, sendo o reforço positivo fundamental (Li et al., 2016) e necessário para a sua concretização. A dificuldade dos doentes em realizar determinadas técnicas, principalmente no que concerne às técnicas facilitadoras da deglutição, prendeu-se pela presença de défices motores/sensoriais que impossibilitaram a sua autonomia na realização das mesmas salientando a importância de avaliar os aspetos biopsicossociais dos doentes com DC. O tempo de internamento reduzido não permitiu a realização do número de sessões desejadas, interferindo no processo de aprendizagem dos doentes. Este facto também poderá ter influenciado a recuperação da DC uma vez que para obter resultados, pode ser necessário 2 semanas a 2 meses (Logemann, 2008).

O planeamento de estratégias terapêuticas deve ser individualizado e envolver os cuidadores, podendo também orientar para a observação dos doentes por outros técnicos, realização de exames complementares e procedimentos e tratamentos também complementares da DC (Di Pede et al., 2016; Eastreling, 2018). Em consonância com o estudo de Pauloski (2008), foi importante identificar a origem do compromisso na deglutição. Tendo em conta as manifestações clínicas observadas mediante a aplicação da Escala GUSS, foi fundamental o ajuste dos exercícios de fortalecimento muscular, posturas compensatórias e técnicas facilitadoras da deglutição, tal como defendem Alves e Andrade (2017). Esse ajuste permitiu individualizar o plano de intervenção de acordo com a disfunção

apresentada pelo doente. Salienta-se a importância do planeamento dos cuidados de ER baseados em diagnósticos de enfermagem em conformidade com a disfunção observada.

A participação dos prestadores de cuidados no programa de intervenção foi muito reduzida. Dos doentes intervencionados, três estavam em regime de lar e tinham os familiares a residir no estrangeiro. Contudo, a participação dos dois cuidadores foi fundamental para o processo de reabilitação dos doentes. Flores, Flores e Rangel (2010) destacam a importância do envolvimento da família em pessoas com dependência cujos benefícios podem ser diminuição da taxa de complicações secundárias às sequelas da doença e a redução da procura de cuidados hospitalares. Este envolvimento é ainda fundamental na continuidade dos cuidados, tal como defendido por Glenn Molali (2011). Definimos como objetivos deste projeto entre outros desenvolver programas de intervenção de ER personalizados e holísticos para a prestação de cuidados a doentes com DC e desenvolver intervenções para a continuidade dos cuidados face ao risco de DC. Esta continuidade é de extrema importância para melhorar a disfunção e para o despiste de sinais de agravamento. Assim, a todos os doentes foi uma entregue carta de alta com as recomendações adequadas ao compromisso da sua deglutição, incluindo a necessidade de serem seguidos por ER e/ou terapia da fala.

A revisão da literatura efetuada e da informação obtida pensa-se poder afirmar que os cuidados de ER são fundamentais nos doentes com DC. Molina, Santos-Ruiz, Clavé, Paz e Cabrera (2018) na revisão sistemática realizada que visava conhecer as intervenções realizadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento aos utentes adultos com DC, referem que a abordagem deverá ser efetuada por uma equipa multidisciplinar sendo importante um enfermeiro especialista para gerir os cuidados específicos, fundamentais para uma melhoria da qualidade de vida e do prognóstico. Reconhece-se assim alguma urgência numa atenção sistematizada e especializada neste âmbito, visando promover os processos de readaptação e promover a capacidade para o autocuidado (Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho, Diário da República nº 119 /2015).

Easterling (2017) defende que são necessárias pesquisas para estabelecer a eficácia da reabilitação em distúrbios específicos da deglutição, definindo o tratamento adequado para rentabilizar os custos e produzir resultados positivos no doente. Concorrendo para tal objetivo, os casos apresentados, contemplaram a avaliação do compromisso da deglutição através de instrumentos de avaliação apropriados e, em função das alterações detetadas, implementou-se um programa de otimização da deglutição visando a recuperação da função perdida.

## **8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O percurso das experiências que se desenvolveram durante os estágios e que servem de conteúdo para a redação deste relatório, são os pontos que constituem este capítulo. Nele é espelhada a aquisição de competências comuns e específicas do EEER, tal como as competências de mestre enquanto estudante. Assim, numa primeira fase, este percurso desenvolveu-se durante o Estágio em Enfermagem de Reabilitação, que decorreu num Serviço de Ortopedia de uma ULS. A segunda fase, desenvolveu-se durante o Estágio Final. Começámos por delinear um projeto de estágio e no decurso deste, concretizar os objetivos traçados. Como já foi referido, o Estágio Final decorreu num serviço de internamento de medicina interna, tendo sido possível também, passar alguns turnos na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, de modo a aprofundar o conhecimento sobre os cuidados de ER aos doentes críticos.

Assim, foi possível intervir em pessoas com doenças ortopédicas e/ ou orto traumatológicas; doenças neurológicas, incluindo as de origem traumática; doenças cardíacas e respiratórias e em pessoas com risco de desenvolverem alterações da funcionalidade e também participar na gestão e supervisão de cuidados de enfermagem. As práticas foram desenvolvidas de forma a contemplar o ciclo vital das pessoas e as fases aguda e sub-aguda da doença e as sequelas da mesma, tendo em conta os recursos sociais das pessoas e os contextos dos cuidados de ER. Por isso, os estágios apresentaram-se como uma componente formativa essencial para a aquisição de conhecimentos científicos, técnicos, humanos e culturais, para o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais, processo que foi facilitado pela atitude reflexiva sobre a prática. Tratou-se, sem dúvida, de um processo fundamental para a prática de uma enfermagem avançada, na área da reabilitação, embora estejamos cientes de que, ainda assim, a formação é contínua e a experiência profissional diária nos permitirá desenvolver ainda mais estas competências.

### **8.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Ser Enfermeiro Especialista é ter um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos

problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento nº 122/201, de 18 fevereiro, Diário da República nº 35/2011).

A OE regulamentou que o agregado de competências clínicas especializadas dos enfermeiros decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas. As competências comuns correspondem às competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Segundo o Regulamento nº 122/2011 de 18 fevereiro, Diário da República nº 35/2011, os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista dividem-se em quatro domínios principais. São eles a responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A partir destes domínios descrevemos a seguir as atividades desenvolvidas e como é que estes contribuíram para o desenvolvimento das competências.

### **Do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Neste domínio é suposto que os enfermeiros especialistas desenvolvam uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promovam práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Segundo Hesbeen (2003) “as especializações só têm verdadeiro interesse para a prática dos que exercem a arte do cuidar, na medida em que se estabelece uma relação permanente entre a área especializada estudada e a complexidade das situações humanas encontradas” (p.124). São estas complexidades que exigem uma reflexão permanente sobre o modo como assistimos a pessoa, no respeito integral, na sua dignidade e direitos. Perante uma população, em que alguns dos doentes não podiam contar com a vontade própria, foram tomadas decisões na defesa do melhor interesse dos mesmos, respeitando os seu valores, crenças e vontades previamente conhecidas. Realço que as intervenções tentaram reunir o maior consenso da equipa e a família/cuidador, em prol da melhor qualidade de vida e sua dignidade.

Ao longo dos estágios todos os contactos com a pessoa cuidada e respetivos familiares, basearam-se numa prática assente num agir e pensar ético, respeitando a deontologia profissional de enfermagem. A atuação foi pautada pelo cumprimento do disposto no quadro de referências da ULS que acolheu os estágios, no Código Deontológico dos Enfermeiros e na Carta dos Direitos do Doente Internado. Pelas características das pessoas internada no serviço, que por vezes não apresentavam autonomia para as tomadas de decisão, foi necessário fazer análises e reflexões particulares por parte da equipa, e depois tomar decisões interdisciplinares que passaram por estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa e família ou cuidador.



As práticas de cuidados promoveram o respeito pelos direitos humanos e evitaram-se intervenções que pudessem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade da pessoa, visando permanentemente o direito à vida. Na avaliação dos doentes através da escala GUSS, foram tomadas todas as medidas para salvaguardar ocorrências irregulares ou danosas. O projeto foi submetido para aprovação da Comissão de Ética da ULS, com a premissa de salvaguardar a confidencialidade dos participantes e o anonimato em relação aos dados colhidos. Os participantes foram informados do porquê da intervenção e dos seus benefícios, salvaguardando-se os princípios da autonomia, da beneficência, de não maleficência como refere Nunes (2013).

### **Do domínio da melhoria contínua da qualidade**

De acordo com o preconizado os enfermeiros deverão desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, criando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro.

No contexto do Estágio Final e com o projeto de intervenção a partir da análise da produção de cuidados, foi identificada uma situação problemática, elaborado um programa de atuação no intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Foi deixado também o desafio à equipa para adotar o protocolo de atuação que foi desenvolvido para as pessoas com risco de DC.

A elaboração de planos de cuidados de enfermagem, no âmbito da área de especialidade, individualizados e contextualizados com as reais necessidades do doente e respetiva família, permitiu criar um ambiente terapêutico e seguro. Tendo em conta, que na prestação de cuidados especializados existe risco de erro clínico, foram desenvolvidos esforços de forma a evitar a sua ocorrência, apresentando-se o planeamento de cuidados como uma ferramenta fundamental para minimizar tais erros. Todas as práticas clínicas foram pautadas pela adoção de uma ergonomia adequada, prevenindo a ocorrência de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho e diminuindo o risco de lesão física do doente.

### **Do domínio da gestão dos cuidados**

Espera-se que neste domínio os enfermeiros especialistas sejam capazes de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, seus colaboradores, a articulação da equipa multiprofissional e que adaptem a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto.

O Estágio Final demonstrou-se um período de excelência para desenvolver competências na área da gestão de cuidados, tendo sido fundamental a colaboração com o Enfermeiro Chefe e o Orientador Clínico em atividades de gestão dos cuidados a fim de promover a qualidade dos mesmos e a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores. A participação ativa em várias reuniões de serviço também se demonstrou fundamental, facilitando o contributo para decisões no seio da equipa.

Uma atividade que também contribuiu para o desenvolvimento de competências neste domínio foi a realização de um poster (Anexo Z) intitulado “Atuação de Enfermagem de Reabilitação no Doente Submetido a Artroplastia Total do Joelho”. Este poster foi realizado com o objetivo de dotar o serviço onde decorreu o Estágio de Enfermagem de Reabilitação, de um conjunto de informações sistematizadas relativas à intervenção do EEER no período pré e pós-operatório até ao período que antecede a alta. Este trabalho decorreu de uma revisão da literatura relativa aos programas de ER dirigido às pessoas submetidas a artroplastia total do joelho e foi realizado em parceria com os colegas estudantes e profissionais.

### **Do domínio das aprendizagens profissionais**

Neste domínio de competências espera-se que os enfermeiros desenvolvam o auto - conhecimento e a assertividade e baseiem a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Todos os conhecimentos adquiridos e a experiência vivida ao longo do mestrado demonstraram-se proveitosos para dar resposta a este domínio. O Estágio Final apresentou-se como período de excelência de aquisição de conhecimentos e transferência destes para os contextos da prática. Frequentemente foram realizadas pesquisas bibliográficas, para suportar e fundamentar as atividades desenvolvidas nos contextos de prática clínica. Houve a necessidade de pesquisar sobre escalas adequadas para o tipo de população, sobre intervenções transversais e especializadas e sobre as orientações nacionais e internacionais, de modo a fomentar as práticas na melhor evidência disponível e para a quais também contribuiu a revisão integrativa da literatura realizada.

A participação nas 1.ªs Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local de Saúde da Guarda (Anexo AA), foi fundamental pela partilha de experiências multiprofissionais sobre a abordagem aos doentes com DC e outros problemas.

## **8.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

No decurso dos estágios, o viver em situação” permitiu mobilizar um conjunto de conhecimentos tendo sempre em conta as necessidades de cada pessoa. A primeira competência dos EEER é que sejam capazes de “cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”. A pessoa com necessidades especiais é a pessoa que ao longo do ciclo vital está impossibilitada de executar independentemente e sem ajuda, atividades humanas básicas ou tarefas como resultado da sua condição de saúde ou dependência física, mental, cognitiva ou psicológica, de natureza permanente ou temporária (OE, 2011). Nos doentes com estas características e tal como refere Hesbeen (2004) impõem-se a ajuda à pessoa no sentido de que mesma encontre “um modo de vida com significado (...) qualquer que seja o estado do seu corpo” (p.13). A situação de dependência em uma ou mais avd’s transporta as pessoas para situações de grande vulnerabilidade que requerem a identificação rigorosa das alterações das suas funções básicas ou do risco de as desenvolver, bem como dos aspetos favoráveis ou desfavoráveis para a concretização do autocuidado. A recolha de informação sistematizada para a identificação das alterações ou do risco de alteração da funcionalidade que realizamos durante os estágios contribuiu para o desenvolvimento desta competência. As características da população alvo dos cuidados especializados em ER determinaram as intervenções a realizar e a justificação dos meios a utilizar. Foi possível proceder avaliações que conduziram à elaboração de planos de cuidados, sensíveis às alterações funcionais detetadas, respeitando o processo de enfermagem em todas as suas vertentes, de modo a promover as capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado. Além disso todas estas intervenções foram desenvolvidas respeitando a pessoa e suas limitações e os seus desejos no máximo respeito pela individualidade de cada um. Foi dada primazia a momentos de reflexão conjunta com os mesmos, nos quais foram definidas estratégias e estabelecidas metas exequíveis. Assim, foram adotados planos ajustáveis quer à condição física e cognitiva da pessoa, quer à sua condição motivacional, no sentido de valorizar o seu desempenho durante a sua operacionalização. Quando a pessoa se sente realizada, progredindo na execução dos exercícios, sente-se mais motivada e, conseqüentemente, revela maior grau de adesão aos programas de reabilitação instituídos.

Por outro lado, o cuidar tem implícito uma filosofia de ação, que reflete pensamentos e ações que têm implícita uma maneira de estar que compreende a ajuda do outro no sentido do seu crescimento (Grilo & Mendes, 2015). Indo ao encontro da prática preconizada pela Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem relativa ao apoio educativo, os vários ensinamentos que realizamos aos doentes e família sobre técnicas de

posicionamento, equilíbrio, exercícios musculares e articulares, técnicas de adaptação para os auto cuidados (higiene, uso do sanitário, comer/beber, vestir/despir, transferir-se, andar, andar com auxiliar de marcha), exercícios de deglutição e modificação da consistência dos alimentos, sobre os riscos do compromisso na deglutição, sobre a maneira de tossir de um modo eficaz, sobre prevenção de acidentes e criação de um ambiente seguro, o uso de dispositivos auxiliares para os auto cuidados, sobre a adaptação do domicílio para os auto cuidados, permitiram melhorar o conhecimento destes e o seu crescimento no sentido do seu autocuidado, e desenvolver assim esta competência específica de EEER.

A segunda competência dos EEER é que sejam capazes de “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”. Numa situação de doença, a pessoa pode não ser capaz de desempenhar por si mesma uma ou várias atividades sendo imprescindível o ensino, instrução e treino de métodos e técnicas que a permita voltar a desenvolver atividades autonomamente. A planificação dos cuidados e a identificação das intervenções mais adequadas, ou seja, programas de ensino e treino baseados na identificação das reais necessidades da pessoa e dos cuidadores, foram fundamentais para capacitá-la para o exercício da sua autonomia. Assim, foram implementadas intervenções promotoras do autocuidado que envolveram a instrução/treino de técnicas específicas e a avaliação da necessidade de utilização de equipamento adaptativo, como auxiliares de marcha, cadeira sanitária, escova de pega comprida, alteador de sanita, material antiderrapante, calçadeira de cabo longo e trapézio. Fez-se recurso a esses produtos de apoio, oferecendo à pessoa todos os instrumentos necessários para melhorar a sua funcionalidade. Deste modo, no decorrer deste período, selecionamos e prescrevemos os produtos de apoio tendo em conta as reais necessidades da pessoa. A utilização destes no programa de intervenção, tais como copos, talheres e pratos de configurações especiais, superfícies de apoio / antiderrapantes demonstrou-se bastante proveitosa, para a recuperação funcional da pessoa com DC. Para o desenvolvimento desta competência específica do EEER, também contribuiu a passagem pelo Departamento de Atividades de Vida Diárias no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão, durante dois dias. Neste Departamento a observação de dispositivos auxiliares para o autocuidado, o ensino de técnicas de adaptação para os autocuidados, tal como projetos de adaptação do domicílio para os autocuidados possibilitou a consolidação dos conhecimentos teóricos aprendidos ao longo do Mestrado em Enfermagem e permitiu a mobilização desses mesmos conhecimentos para o contexto da nossa prática clínica, de modo a podermos capacitar os doentes para o seu autocuidado.

Verificou-se que devido ao novo conceito de racionalização dos cuidados de saúde, os doentes têm um tempo de internamento tendencialmente mais curto, o que faz com que lhes seja concedida alta hospitalar ainda com um grau de dependência elevado. As altas precoces

exigem que o EEER atue com brevidade no sentido de os cuidados prestados não se limitarem ao tratamento da doença, mas sim à preparação do indivíduo no plano físico, moral, social, familiar e profissional para o melhor estilo de vida, de acordo com as suas capacidades (Hesbeen, 2003). Constata-se, por conseguinte, que uma parte dos doentes recupera no domicílio com o apoio dos seus familiares e, muitas vezes, também, com a colaboração de instituições. De modo a permitir a continuidade dos cuidados e para além dos ensinamentos realizados aos utentes e familiares foi elaborado um guia orientador para o doente / cuidador, a ser entregue no momento da alta (Anexo AB) para doentes com risco de DC. Neste contexto, foi fundamental ter consciência de que o término de um programa de reabilitação deve corresponder, sempre que possível, ao cumprimento do objetivo de reintegração na vida familiar e na comunidade (DGS, 2010).

A terceira competência dos EEER é que sejam capazes de “maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”. As intervenções de ER realizadas ao longo do estágio tiveram sempre como grande finalidade a maximização das capacidades funcionais dos doentes. A ER perspetiva ganhos em saúde, transversais a todos os contextos da prática, pelo que deverá ser encarada como uma área de “excelência e referência, que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoque défice funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade ” (OE, 2015,p.3). Foram implementados programas de RFR, RFM, e reeducação da deglutição no sentido de otimizar/reeducar estas funções, limitando desta forma o impacto causado pela doença e/ou incapacidade, visando simultaneamente maximizar a funcionalidade. O desenvolvimento desta competência foi facilitado pela frequente monitorização das intervenções, pela utilização de várias escalas, como Escala GUSS; Escala de Força Muscular; Escala de Asworth; Escala de Braden; Escala de Morse, Índice de Tinetti; Índice de Barthel; Índice de Massa Corporal, que possibilitou uma avaliação pormenorizada dos resultados obtidos assim como a reformulação dos planos de cuidados, procurando potenciar o rendimento e desenvolvimento da pessoa.

Para o desenvolvimento desta competência contribuiu de modo particular o programa de intervenção de ER em doentes com DC, que permitiu, reeducar a função e maximizar a autonomia de todos doentes. De igual importância, foram os programas de reabilitação implementados em doentes submetidos a artroplastia do joelho e da anca, doentes com AVC, e em todos os doentes que apresentaram compromisso motor ou respiratório, que requeriam uma intervenção mais diferenciada.

### **8.3. Competências de Mestre em Enfermagem**

De acordo com o preconizado no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior o título de mestre poderá ser atribuído mediante determinados requisitos. Deste modo, o mestre deve “possuir conhecimentos e demonstrar uma capacidade avançada de compreensão”(Decreto-Lei n.º 63/2016, p. 3174). Todos os conhecimentos adquiridos ao longo deste ciclo de estudos contribuíram para uma compreensão aprofundada sobre as pessoas com necessidades especiais e que estão impossibilitadas de executar de forma independente e sem ajuda atividades humanas básicas como resultado da sua condição de saúde ou dependência de natureza permanente ou temporária. O aprofundamento sobre teorias e modelos de enfermagem contribuiu para essa compreensão e para um modo de pensar sistemático sobre a enfermagem e a sua prática. Com base nesse conhecimento foi possível iniciar, colaborar, suportar e disseminar produções de carácter científico para a promoção de uma prática de enfermagem especializada baseada na evidência, “constituindo a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais em contexto de investigação” (Decreto-Lei n.º 63/2016, p. 3174). A análise do contexto de cuidados facilitada pelos conhecimentos teóricos permitiu identificar uma situação problemática suscetível de ser melhorada, compreendida e resolvida e assim dar início à produção científica, promovendo também a prática baseada na metodologia do trabalho científico. Realizámos uma revisão integrativa de literatura, intitulada “Cuidados de Enfermagem ao Doente Adulto/Idoso com Deglutição Comprometida”, com os objetivos de melhorar o conhecimento sobre os cuidados de enfermagem ao doente com DC e identificar os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes em diferentes contextos de cuidados. Essa revisão integrativa foi proposta para publicação, e foi submetido e aceite um resumo para uma comunicação livre no XI Congresso Extremenho, VI Hispano Luso de Enfermería do Centro Universitário de Plasencia (Anexo AC) que foi adiado face à situação sanitária que o mundo atravessa.

A pesquisa e revisão da literatura veio acrescentar conhecimento que nos permitiu “aplicar os conhecimentos e habilidades no sentido de resolver problemas em situações novas e não familiares” (Decreto-Lei n.º 63/2016, p. 3174), como aquelas com que nos confrontamos na prática clínica e de um modo particular as relacionadas com a necessidades de cuidados de ER. A implementação do projeto e análise dos resultados foi fundamental para a aquisição da referida competência. Os resultados alcançados permitiram evidenciar a habilidade para resolver situações novas, e constituíram-se também como fatores motivadores para que outros profissionais de saúde desenvolvessem novos projetos no âmbito da segurança do doente e no aumento da qualidade dos cuidados de saúde.

Ao longo do Estágio Final aplicaram-se habilidades e conhecimentos visando a tomada de decisão e adotando um agir reflexivo orientado para a responsabilidade ética, deontológica e social que está plasmada neste relatório. No exercício profissional, procurou-se sempre otimizar todas as energias e mobilizar os esforços necessários para promover a dignidade da pessoa assistida, demonstrando “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”(Decreto-Lei n.º 63/2016, p. 3174).

O mestre em Enfermagem é um agente promotor de excelência da formação dos pares e colaboradores. Ao longo do Estágio Final desempenhamos um papel importante na equipa enfermagem, uma vez que, ao “comunicarmos as conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”(Decreto-Lei n.º 63/2016, p. 3174) contribuímos para a orientação dos cuidados prestados, visando a segurança e a qualidade dos mesmos.

A dimensão da ação em enfermagem é norteadada por uma teoria de enfermagem, mas também pelo percurso pessoal e de autoformação. A formação em enfermagem deve orientar-se para a aquisição de saberes, de competências e de atitudes fundamentais ao exercício profissional, devendo assumir-se de grande evidência no que respeita à execução da prática, ao nível da formação inicial, mas também ao nível da formação ao longo da vida (Novo, 2011). Durante este percurso formativo adquiriram-se “competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 63/2016, p. 3174). Procurou-se a atualização e aquisição de conhecimentos com vista a desenvolver autonomamente esses mesmos conhecimentos, aptidões e competências. A participação em atividades extracurriculares como no 2º Simpósio ELCOS “Um Olhar Sobre a Úlcera por Pressão” (Anexo AD) concorreram para o gradual alcance da referida competência.

Na aquisição de competências de mestre em Enfermagem, a especialidade em ER apresentar-se-á como o culminar do processo uma vez que “o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (Decreto-Lei n.º 63/2016, p. 3174).

## **9. CONCLUSÕES**

Este capítulo pretende ser um ponto de reflexão sobre os aspetos inerentes à redação deste relatório que traduz a experiência vivida no contexto da prática e que revela a aquisição de competências específicas e gerais do EEER, e as de mestre. Assim, tendo em conta os objetivos inicialmente propostos, iremos ressaltar as principais conclusões inerentes aos resultados de todo este percurso de desenvolvimento.

Os cuidados de ER prestados centraram-se na avaliação da funcionalidade e no diagnóstico de alterações que determinaram limitações da atividade e incapacidade, no planeamento personalizado e holístico de cuidados, incluindo o cuidador, visando a adaptação às limitações e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. Através da implementação de programas de reeducação funcional, que incluíram treino de avd's e utilização de ajudas técnicas, foi possível contribuir para a capacitação das pessoas com incapacidade e deste modo, contribuir também para a sua participação no exercício do direito de cidadania. Os cuidados realizados durante o estágio foram geridos otimizando a resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional e foram baseados na melhor evidência disponível e em princípios éticos, deontológicos e epistemológicos. A par das restantes atividades, a implementação do projeto de intervenção, permitiu a aquisição das competências comuns e específicas do EEER, uma vez que, estas intervenções permitiram cuidar de pessoas com necessidades especiais, concorrendo para a maximização das suas funções, capacidades e autonomia, prevenindo complicações, respeitando sempre os seus direitos e vontades, tal como os da respetiva família.

Apesar do reconhecimento crescente que o impacto da DC tem nas pessoas, este problema tem sido subestimado e está subdiagnosticado. É também agravado pelo envelhecimento da população, comprovado pela elevada média de idades conforme a análise que o contexto revelou, tornando por isso fundamental uma abordagem sistematizada aos doentes com distúrbios da deglutição. A implementação do projeto permitiu a continuidade dos cuidados e ainda destacar a eficácia das intervenções de ER. Embora não tenha sido possível reverter na totalidade o compromisso, a maioria dos doentes apresentou uma melhoria funcional da deglutição, comprovada com níveis da FOIS mais elevados no momento da alta. No âmbito dos autocuidados, todos os doentes apresentaram evolução positiva no grau de autonomia. As curvas da SpO2 manifestaram uma tendência ascendente, demonstrando a eficácia das



intervenções de RFR nestes doentes. Ao longo do programa foi evidente o risco de compromisso na ingestão nutricional, mas não foram observadas grandes oscilações nos valores de IMC que comprovassem tal compromisso. Podemos assim concluir que as intervenções de enfermagem foram eficazes nos doentes com compromisso na deglutição, na prevenção de complicações e na maximização da sua autonomia. Com base no descrito foi sugerido ao serviço de internamento onde decorreu o Estágio Final a implementação de uma norma, baseada neste programa, para uniformização dos cuidados de enfermagem (gerais e ER) em doentes com DC, de modo a incrementar precocemente um conjunto de intervenções com vista a prevenir complicações.

Dos resultados do programa de intervenção, sobressaem algumas limitações. Apesar de existir um vasto leque de técnicas na área de intervenções de ER, no contexto onde decorreu o estágio e pelas especificidades das pessoas internadas, algumas muito idosas, apenas foi possível aplicar algumas técnicas de reeducação da deglutição. Eventualmente também associado a tempos de internamento muito curtos, nenhum doente recuperou totalmente a função, pelo que se tornou fundamental desenvolver intervenções suscetíveis de proporcionar a continuidade dos cuidados, das quais, o ensino, instrução e treino do cuidador e a articulação com as instituições que acolhem os doentes (lares, Unidades de Cuidados Continuados, outras instituições) foram fundamentais. A um número significativo de cuidadores foi fornecida informação e a dois cuidadores em particular foram desenvolvidas atividades de ensino e de treino, de modo a capacitá-los para gerirem da melhor forma o compromisso da deglutição dos seus familiares. A concorrer para este objetivo foi elaborado um guia orientador sobre deglutição comprometida para o doente/cuidador.

A aquisição das competências de mestre em enfermagem foi facilitada pela identificação de uma situação problemática, pela sua resolução e transmissão dos resultados obtidos com a redação deste relatório e a sua discussão pública.

Consideramos que os EEER assumem um papel de destaque no seio da equipa interdisciplinar, uma vez que possui em conhecimentos que lhe permitem identificar situações de risco, cabendo-lhe o papel de intervir para prevenir complicações para a saúde das pessoas, podendo alertar os restantes elementos da equipa para as intervenções necessárias de atuação. Desta forma, cabe a estes profissionais contrariar aquilo que vem descrito na literatura, onde se considera que o compromisso da deglutição é subvalorizado e menosprezado. Perante a constatação de que são poucos os EEER que se dedicam à reabilitação dos doentes com DC, e consciente da importância da atuação especializada perante esta problemática, espero que este trabalho possa ser inspirador/motivador para outros profissionais, sensibilizando-os para a importância da implementação de um plano de reabilitação direcionado para a DC, nos seus contextos clínicos atuais, refletindo-se, estas

intervenções, em ganhos para a saúde das pessoas, bem como no seu impacto para a eficiência dos cuidados prestados.

A frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação assumiu-se como uma fase da vida extremamente rica em novas aprendizagens possibilitando o desenvolvimento de capacidades avançadas e de uma atitude visionária no que concerne à prática profissional futura, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Por todos os conhecimentos, aptidões e competências desenvolvidas é com segurança que podemos afirmar ter atingindo todos objetivos de aprendizagem da UC de Estágio Final tendo cumprido os requisitos necessários para a aquisição do grau de mestre e da atribuição, pela OE, do título de especialista.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Altman, K., Richards, A., Goldberg, L., Frucht, S., & McCabe, D. (2013). Dysphagia in stroke, neurodegenerative disease, and advanced dementia. *Otolaryngologic clinics of North America*, 46 (6), 1137–1149. Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.005>
- Alves, I., & Andrade, C. (2017). Mudança funcional no padrão de deglutição por meio da realização de exercícios orofaciais. *CoDAS*, 29 (3). Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016088>
- American Heart Association/ American Stroke Association. (2016). *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery*. Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- Andersen, U., Beck, A., Kjaersgaard, A., Hansen, T. & Poulsen, I. (2013). Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened fluids for adults ( $\geq 18$  years) with oropharyngeal dysphagia. *e-SPEN Journal*, 8 (4), 127–134. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em DOI:[10.1016/j.clnu.2017.09.002](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.002)
- Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A., & Xavier, A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26 (4). Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- António, C., Gonçalves, A., & Tavares, A. (2010). Doença pulmonar obstrutiva crónica e exercício físico. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 16 (4), 649-658. Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/pne/v16n4/v16n4a11.pdf>
- Barro, D. & Dal Sasso, G. (2012). Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21 (2), 440-447. Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200024>
- Base de dados Portugal Contemporâneo (PORDATA). Disponível em [WWW.pordata.pt](http://WWW.pordata.pt)

- Bhatnagar, S. (2002). *Neuroscience for the study of communicative disorders* (2ª ed.). USA: Willimas & Wilkins.
- Braga, R. (2016a). Avaliação da função deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1ª ed., pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2016b). Reeducação da deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1ª ed., pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Branco, C. & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto: da teoria à prática* (1ª ed.). Lisboa: Papa-Letras.
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E. & Serra-Prat, M. (2008) Accuracy of the volume viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition*, 27 (6), 815-827. DOI: [10.1016/j.clnu.2008.06.011](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011)
- Cardoso, A., Manuel, A., Magano, O., & Castro, M. (2011). Avaliação clínica não invasiva de disfagia no AVC – revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (5), 135–143. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn5/serlIn5a14.pdf>
- Chen, H., Chen, J., Chen, C., Lee, M., Chang, W. & Huang, T. (2019). Effect of an oral health programme on oral health, oral intake, and nutrition in patients with stroke and dysphagia in Taiwan: a randomised controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (12). 2228. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.3390/ijerph16122228>
- Cielo, C., Ribeiro, V., Christmann, M., Lima, J., Pacheco-Rubim, A., Hoffmann, C., & Mattiazzi, Â. (2016). Alterações de sistema estomatognático em indivíduos disfônicos. *Revista CEFAC*, 18 (3), 613–625. Consultado em 20 jan. 2020. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/1693/169346381007.pdf>
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Edição da Ordem dos Enfermeiros, Versão 2015. Disponível em [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2016). Reeducação da função sensoriomotora. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.

- Cola, P., Dantas, R. & Da Silva, R. (2012). Neuromuscular electrical stimulation in rehabilitation of neurogenic oropharyngeal dysphagia. *Revista Neurociência*, 20 (2).285-293. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em [https://doi: 10.4181/RNC.2012.20.02.682.9p](https://doi.org/10.4181/RNC.2012.20.02.682.9p)
- Corbin-Lewis, K., Liss, J., & Sciortino, K. (2008). *Anatomia clínica e fisiologia do mecanismo de deglutição* (2ª ed.), Brasil: C. Learning.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. Loures: Lusociência.
- Correia, T., Martins, M. & Forte, E. (2017). Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (12), 75–84. Consultado em 20 jan. 2020. Disponível em <http://dx.doi.org/doi.org/10.12707/RIV16073>
- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu* (30), 234-251. Consultado em 20 jan. 2020. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>
- Crary, M., Mann, G., & Groher, M. (2005). Initial psychometric assessment of a Functional Oral Intake Scale for dysphagia in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86 (8), 1516–1520. Consultado em 20 jan. 2020. Disponível em DOI: [10.1016/j.apmr.2004.11.049](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.049)
- Decreto-lei nº 63/2016 de 13 setembro. Diário da República nº 176/2016 – 1ª série- Lisboa. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Di Pede, C., Mantovani, M., Felice, A. & Masiero, S. (2016). Dysphagia in the elderly: focus on rehabilitation strategies. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28 (4). 607-617. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26589905>
- Direção Geral da Saúde (2010). *Acidente vascular cerebral: itinerários clínicos*. Lisboa: Lidel.
- Direção Geral de Saúde (2011). Norma nº 054/2011 de 27 de dezembro. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2011). Norma nº 017/2011 de 19 de maio. Disponível em: [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheirosanexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheirosanexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx)

- Direção Geral de Saúde (2013). Norma nº 015/2013 de 3 de outubro. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Lisboa. Direção Geral de Saúde
- Direção Geral de Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável*. Lisboa. Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2019). Norma nº 01/2019 de 25 de janeiro. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012019-de-25012019-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2019). Norma nº 08/2019 de 9 de dezembro. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Domingos, J., Silva, I., Pereira, C., Alameda, A., Ferreira, M & Graudo, S. (2014). *Deglutição comprometida: avaliação não invasiva num Serviço de Medicina Interna*. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em: [https://www.esenfc.pt/event/admin/content/downloadFile.php?id\\_ficheiro=512&code=801399619](https://www.esenfc.pt/event/admin/content/downloadFile.php?id_ficheiro=512&code=801399619)
- Douglas, C. (2007). *Fisiologia aplicada a fonoaudiologia* (2.<sup>a</sup> ed.). Brasil.
- Easterling, C. (2017). 25 years of dysphagia rehabilitation: what have we done, what are we doing, and where are we going? *Dysphagia*, 32 (1), 50–54. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em DOI: [10.1007/s00455-016-9769-8](https://doi.org/10.1007/s00455-016-9769-8)
- Eastreling, C. (2018). Management and treatment of patients with dysphagia. *Current physical medicine and rehabilitation reports*, 6 (4), 213-219. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40141-018-0196-7>
- Eltringham, S., Kilner, K., Gee, M., Sage, K., Bray, D., Pownall, S. & Smith, C. (2018) Impact of dysphagia assessment and management on risk of stroke-associated pneumonia: a systematic review. *Cerebrovascular Diseases* 46 (3-4).99-107.Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em DOI:[10.1159/000492730](https://doi.org/10.1159/000492730)
- European Society for Swallowing Disorders (2013). Position Statements and Meeting Abstracts Uniting Europe Against Dysphagia. *Dysphagia*, 28 (2), 280–335. Consultado em 5 mar. 2020. Disponível em DOI [10.1007/s00455-013-9455-z](https://doi.org/10.1007/s00455-013-9455-z)

- Espinoza, M., Samerón, W., López, L. & Aquino, P. (2019). Diagnóstico diferencial de la disfagia. *Revista Científica de Investigación*, 3 (1), 587-617. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(1\).enero.2019.587-617](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.587-617)
- Ferraz, M. (2001). *Manual práctico de motricidade oral: avaliação e tratamento* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Revinte R. Lda.
- Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J. & Reis, M. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista Referência*, 4 (16). 85-94. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIV17090>
- Flores, Y.; Flores, M. & Rangel, M. (2010). Enseñar a quien cuida el arte de cuidar: un programa educativo con cuidadores de pacientes politraumatizados. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28 (1), 73-82. Consultado em 16 jun. 2020. Disponível em [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-53072010000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072010000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
- Gangeness, J. & Yurkovich, E. (2006). Revisiting case study as a nursing research design. *Nurse Researcher*, 13(4), 7–18. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em DOI:10.7748/nr2006.07.13.4.7.c5986
- Glenn-Molali, N. (2011). Alimentação e deglutição. In S.Hoeman, *Enfermagem de reabilitação-prevenção, intervenção e resultados esperados*, (4ª ed., pp. 295–317). Loures: Lusodidacta.
- González, N. (2000). Funções orofaciais. In N. Gonzalez & L. Lopes. *Fonoaudiologia e ortopedia maxilar na reabilitação orofacial* (pp. 19-27). São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Guedes, L., Vicente, L., Paula, C., Oliveria, E., Andrade, E. & Barcelos, W. (2009). Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14(3), 372-380. Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v14n3/v14n3a14>
- Guyton, A., & Hall, J. (2009). *Tratado de fisiologia medica*. (12ª ed.). São Paulo: Elsevier.
- Grilo, E. & Mendes, F. (2015). Cuidados de longa duração e cuidar de enfermagem: a perspetiva dos idosos. *RIASE*, 1 (3): 339 – 355. Consultado em 25 jun. 2020. Disponível em DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(3\).339](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(3).339)

- Habel, M. (2011). Educação do doente e da família orientada para resultados. In S. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação- prevenção, intervenção e resultados esperados*, (4ª ed., pp. 61–72). Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação. Criar novos caminhos* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Heesben W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.
- Higashiguchi, T., Ohara, H., Kamakura, Y., Kikutani, T., Kuzuya, M., Enoki, H.,... & Maruyama, M. (2017). Efficacy of a new post-mouthwash intervention (wiping plus oral nutritional supplements) for preventing aspiration pneumonia in elderly people: a multicenter, randomized, comparative trial. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 71 (3). 253-260. Consultado em 25 nov. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1159/000485044>
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação- prevenção, intervenção e resultados esperados* (4º ed.). Loures: Lusodidacta.
- Holland, G., Jayasekaran, V., Pendleton, N., Horan, M., Jones, M. & Hamdy, S. (2011). Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a selfreporting questionnaire survey. *Dis Esophagus* 24 (7). 476–480. Consultado em 25 nov. 2019. Disponível em DOI:[10.1111/j.1442-2050.2011.01182.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2011.01182.x)
- Hughes, M. (2011). Management of dysphagia in stroke patients. *Nurs Older People*, 23(3). 21-24. Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.7748/nop2011.04.23.3.21.c8420>
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de população residente 2015-2080*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística.
- Jacob, L; Santos, E; Pocinho, R. & Fernandes, H. (2013). *Envelhecimento e economia social: perspectivas atuais*. Viseu: Psicossoma.
- Jeri, A. & Logemann, P. (2009). Evaluation and treatment of swallowing disorders. *Journal Logopedics Phoniatrics Vocology* 25 (1). 42-43. Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/log.25.1.42.43>
- Kelly-Hayes, M. & Phipps, M. (2011). Avaliação da função e medidas de resultados. In S. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 177-186). Loures: Lusodidacta.
- Kagaya, H., Inamoto, Y., Okada, S. & Saitoh, E. (2011). Body positions and functional training to reduce aspiration in patients with dysphagia. *Japan Medical Association Journal* 54



(1):35-38. Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em:  
[https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2011\\_01/035\\_038.pdf](https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2011_01/035_038.pdf)

Kampman, M., Eltoft, A., Karaliute, M., Børvik, M., Nilssen, H., Rasmussen, I. & Johnsen, S. (2015). Full implementation of screening for nutritional risk and dysphagia in an acute stroke unit. *The Neurohospitalist*, 5 (4), 205–211. Consultado em 3 mar. 2020. Disponível em: DOI:[10.1177/1941874415588749](https://doi.org/10.1177/1941874415588749)

Khan, A., Carmona, R., & Traube, M. (2014). Dysphagia in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30 (1), 43–53. Consultado em 3 mar. 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.10.009>

Langley, J. (1988). *Working with swallowing disorders*. Bicester: Winslow Press.

Lazarus, C. (2017). History of the use and impact of compensatory strategies in management of swallowing disorders. *Dysphagia*, 32 (1), 3–10. Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em: DOI:[10.1007/s00455-016-9779-6](https://doi.org/10.1007/s00455-016-9779-6)

Li, C., Wang, T., Lee, H., Wang, H., Hsieh, S., Chou, M. & Chen, J. (2016). Swallowing training combined with game-based biofeedback in poststroke dysphagia. *PM&R*, 8 (8), 773–779. Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.01.003>

Logemann, J. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders* (2ª ed.). San Diego: Hill Press

Logemann, J. & Jeri, A. (2006). *Medical and rehabilitative therapy of oral, pharyngeal motor disorders*. Consultado em 3 mar. 2020. Disponível em: *GI Motility online* (2006) doi:[10.1038/gimo50](https://doi.org/10.1038/gimo50)

Logemann, J. (2008). Treatment of oral and pharyngeal dysphagia. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19 (4), 803–816. Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em DOI: [10.1016/j.pmr.2008.06.003](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.003)

Lopes, A., Filho, M, Jacobi, J. & Barros, S. (2003). Disfagia esofágica. In J. Jacobi, D. Levy & L. Silva. *Disfagia – avaliação e tratamento*. (pp. 289-300). Rio de Janeiro: Revinter.

Makhnevich, A., Feldhamer, K., Kast, C. & Sinvani, L. (2019). Aspiration pneumonia in older adults. *Journal of Hospital Medicine*, 14 (7) E1-E7. Consultado em 14 jun. 2020. Disponível em DOI: [10.12788/jhm.3154](https://doi.org/10.12788/jhm.3154)

Marchesan, I. (1999). Deglutição - normalidade. In Furkim, A. & Santini, C. *Disfagias Orofaríngeas*. (Vol.1, pp. 3–18) São Paulo: Pró Fono.

- Marian, T., Schröder, J., Muhle, P., Claus, I., Oelenberg, S., Hamacher, C., ... & Dziewas, R. (2017). Measurement of oxygen desaturation is not useful for the detection of aspiration in dysphagic stroke patients. *Cerebrovascular Diseases Extra*, 7 (1), 44–50. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em DOI:[10.1159/000453083](https://doi.org/10.1159/000453083)
- Massey, R., & Jedlicka, D. (2002) The Massey Bedside Swallowing Screen. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34 (5), 252-260. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em DOI:[10.1097/01376517-200210000-00005](https://doi.org/10.1097/01376517-200210000-00005)
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 12(2), 62-66. Consultado em 3 mar. 2020. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf)
- Matsuo, K., & Palmer, J. (2008). Anatomy and physiology of feeding and swallowing: normal and abnormal. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 19 (4), 691–707. Consultado em 3 mar. 2020. Disponível em: doi: [10.1016/j.pmr.2008.06.001](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.001)
- McFarland, D. (2008). *Anatomia em ortofonia: palavra, voz e deglutição*. Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo I. & Marques-Vieira, C. (2012). *Cuidados de Reabilitação à Pessoa Idosa com AVC* (1ª ed). Loures: Lusociência.
- Michalakis, E.; Jackson, A. & Catalano, P. (2006). Nervos cranianos: glossofaríngeo, craniano e vago, na deglutição. In J. Royden, *Neurologia de Netter*. Porto Alegre: Artmed.
- Minshall, S. & Pownall, S. (2019). Management of swallowing problems in community settings. *British Journal of Community Nurs.* 24 (7). 323-327. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em DOI:[10.12968/bjcn.2019.24.7.323](https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.7.323)
- Molina, L., Santos-Ruiz, S., Clavé, P., Paz, L. & Cabrera, E. (2018). Nursing interventions in adult patients with oropharyngeal dysphagia: a systematic review. *European Geriatric Medicine* (9), 5–21. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s41999-017-0009-z>
- Nelson, A. (2011). Segurança para doentes com incapacidades. In S. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 169–176). Loures: Lusodidacta.

- Novo, S. (2011). *Gestão da supervisão do ensino clínico em enfermagem: perspetivas dos enfermeiros orientadores do CHNE, EPE*. Consultado a 30 maio 2020. Disponível em [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4411/3/Sandra\\_Novo\\_MGO\\_2011\\_Gestao%20de%20Unidades%20de%20Sa%C3%BAde.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4411/3/Sandra_Novo_MGO_2011_Gestao%20de%20Unidades%20de%20Sa%C3%BAde.pdf)
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem*. Consultado em 27 dez. 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/4547>
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Artmed
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade, da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs\\_vfinal\\_correto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boas práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Ortega, O., Parra, C., Zarcero, S., Nart, J., Sakwinska, O., & Clavé, P. (2014). Oral health in older patients with oropharyngeal dysphagia. *Age and Ageing*, 43 (1), 132–137. Consultado em 20 nov. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1093/ageing/aft164>
- Ortega, O., Martín, A., & Clavé, P. (2017). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18 (7), 576–582. Consultado em 03 nov. 2019. Disponível em DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>

- Parra, B. (2013) Deglutición: fundamentos. In F. Susanibar, D. Parra, & A. Dioses, *Motricidade orofacial -fundamentos basados en evidencias* (pp. 243-262). Madrid. Editorial.
- Pauloski, B. (2008). Rehabilitation of dysphagia following head and neck cancer. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19 (4), 889– 928. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.05.010>
- Peixoto, V. (2009). *Metodologias de intervenção em terapia da fala* (1º vol.). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Pestana, H. (2016). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao longo da vida* (pp. 77-88). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2016). Teorias de enfermagem e autocuidado: contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Pierdevara, L., Ventura, I., Eiras, M., Gracias, A., & Silva, C. (2016). Uma experiência com a Global Trigger Tool no estudo dos eventos adversos num serviço de medicina. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (9), 97-105. Consultado em 28 set. 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV1507>
- Pokorski, S., Moraes, M., Chiarelli, R., Costanzi, A. & Rabelo, E. (2009). Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (3). 302-307. Consultado em 17 fev. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000300004>
- Prodanov, C. & Freitas, E. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho académico*. Consultado em 16 de jun. 2020. Disponível em <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>
- Queirós, A., Moreira, S., Silva, A., Costa, R. & Lains, J. (2013). Contributo para a adaptação e validação da Eat Assessment Tool (EAT-10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS). *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 24 (2), 25-30. Consultado em 18 jan. 2020. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.108>

- Queirós, P.; Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (3), 157-164. Consultado em 18 jan. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Rech, R., Baumgarten, A., Colvara, B., Brochier, C., De Goulart, B., Hugo, F. & Hilgert, J. (2017). Association between oropharyngeal dysphagia, oral functionality, and oral sensorimotor alteration. *Oral Diseases*, 24 (4). 664-672. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1111/odi.12809>
- Regulamento nº 122/2011 de 18 fevereiro. Diário da República nº 35/2011 - 2ª série. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Regulamento nº 350/2015 de 22 junho. Diário da República nº 119/2015 – 2ª série. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio. Diário da República nº85/2019 - 2.ª série. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Rofes, L., Arreola, V., Mukherjee, R., & Clavé, P. (2014). Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology & Motility*, 26 (9), 1256-1265. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1111/nmo.12382>
- Roy, N., Stemple, J., Merrill, R. & Thomas, L. (2016). Dysphagia in the Elderly: Preliminary Evidence of Prevalence, Risk Factors, and Socioemotional Effects. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 116 (11), 858–865. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <http://doi.org/10.1177/000348940711601112>
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos* (15), 3-7. Consultado em 28 set. 2019. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Santos, B., Andrade, M., Silva, R. & Menezes, E. (2018). Dysphagia in the elderly in long-stay institutions – a systematic literature review. *Revista CEFAC*, 20 (1). 123-130. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n1/1982-0216-rcefac-20-01-00123.pdf>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, Lda.
- Serra-Prat, M., Palomera, M., Gomez, C., Sar-Shalom, D., Saiz, A., Montoya, J., Navajas, M., Palomera, E., & Clave, P. (2012). Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a

- population-based prospective study. *Age and Ageing*, 41(3),376-81. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em DOI:[10.1093/ageing/afs006](https://doi.org/10.1093/ageing/afs006)
- Serviço Nacional de Saúde (2019). Relatório e Contas 2018. Consultado em 15 de janeiro de 2020. Disponível em <http://www.ulsqb.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/9/2016/12/Relatorio-e-Contas-2018.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde (2020). Missão e Visão. Consultado em 15 de janeiro de 2020. Disponível em <http://www.ulsqb.min-saude.pt/category/institucional/missao/>
- Silva, R. (1999). Disfagia neurogénica em adultos: uma proposta para avaliação clínica. In Furkim & C. Santini. *Disfagias orofaríngeas* (vol. 1: pp.35-48). São Paulo: Pró-fono
- Silva, L. & Jacobi, J. (2003). Disfagia orofaríngea e a sua importância na pneumologia. In J. Jacobi, D. Levy & L. Silva. *Disfagia – avaliação e tratamento* (pp.163-180). Rio de Janeiro: Revinter.
- Silva, R., Gatto, A. & Cola, P. (2003). Disfagia orofaríngea neurogénica em adultos. Avaliação fonoaudiológica em leito hospitalar. In J. Jacobi, D. Levy & L. Silva. *Disfagia – avaliação e tratamento* (pp.181-196). Rio de Janeiro: Revinter.
- Silva, R. (2007). A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 19 (1), 123–130. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-56872007000100014>
- Silva, F. (2017). Consentimento informado: estratégia para mitigar a vulnerabilidade na assistência hospitalar. *Revista Bioética*, 25 (1), 30–38. Consultado em 4 mar. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251163>
- Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) - Guia Prático (2019). Disponível em [http://www.seq-social.pt/documents/10152/14429740/N63\\_Sistema\\_Atribuicao\\_Produtos\\_Apoio\\_SAP\\_A/ac2d7eac-1a73-4078-8a4c-31b37bc0c5a7](http://www.seq-social.pt/documents/10152/14429740/N63_Sistema_Atribuicao_Produtos_Apoio_SAP_A/ac2d7eac-1a73-4078-8a4c-31b37bc0c5a7)
- Smithard, D. (2015). Dysphagia: prevalence, management and the community nurse. *Community Practitioner*, 88 (10), 32-35. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26596131>
- Teasell, R., Foley, N., Martino, R., Richardson, M., Hopfgartner, A., Bento, B. & Orenczuk, R. (2016). *Dysphagia rehabilitation*. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em [http://www.ebrsr.com/sites/default/files/chapter%2015\\_v19.pdf](http://www.ebrsr.com/sites/default/files/chapter%2015_v19.pdf)

- Teismann, T., Steinsträter, O., Warnecke, T., Suntrup, S., Ringelstein, E., Pantev, C. & Dziewas, R. (2009). Tactile thermal oral stimulation increases the cortical representation of swallowing. *BMC Neuroscience*, 10 (1), 71. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em DOI: [10.1186/1471-2202-10-71](https://doi.org/10.1186/1471-2202-10-71)
- Umay, E., Eyigor, S., Karahan, A., Gezer, I., Kurkcu, A., Keskin, ... & Calik, Y. (2019). The GUSS test as a good indicator to evaluate dysphagia in healthy older people: a multicenter reliability and validity study. *European Geriatric Medicine* 10 (6) 879–887. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00249-2>
- Umphred, D. (2010). *Reabilitação neurológica*. (5ª Ed.). Elsevier.
- World Gastroenterology Organization (2014). *Disfagia – diretrizes e cascatas mundiais*. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>
- World Health Organization (2000) *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_894.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf)
- Zhang, R. & Ju, X. (2018). Clinical improvement of nursing intervention in swallowing dysfunction of elderly stroke patients. *Biomedical Research*, 29 (6),1099-1102. Consultado em 21 nov. 2019. Disponível em DOI:[10.4066/biomedicalresearch.29-17-3586](https://doi.org/10.4066/biomedicalresearch.29-17-3586)

## **ANEXOS**



**ANEXO A – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO E PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE**

2301\_22124 2019-10-24 14:22:30  
HPL-SULCAB Informacao Documentacao

Coordenador do Centro de Responsabilidade  
Integrada de Medicina Interna  
Vogal do Conselho de Gestão  
Carlos Manuel Rosa Almeida

Ex<sup>a</sup> Comissão de Ética do Hospital

Amato Lusitano, ULSCB, EPE.

C/C Conselho de Gestão do Hospital  
da ULSCB.

### REQUERIMENTO

José António Dias Feiteirona, licenciado em enfermagem, inscrito na Ordem dos Enfermeiros com o número de Membro 39756, a exercer funções de enfermeiro no serviço de Medicina Interna do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre, aluno do Mestrado de Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, ministrado pelo Instituto Politécnico de Portalegre em associação com as Escolas Superiores de Saúde de Beja, Setúbal, Castelo Branco e Évora, pretende realizar um projeto de intervenção na área da enfermagem de reabilitação, subordinado ao tema "*Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no doente com Deglutição Comprometida*". Este estudo encontra-se inserido na unidade curricular "Estágio Final" do 3º semestre ano letivo 2019-2020, que já está a realizar no Serviço de Medicina Interna (SMI) do Hospital Amato Lusitano da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. Conta com a orientação científica da Professora Doutora Eugénia Grilo, docente na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, e tem como objetivos identificar o compromisso da deglutição nos doentes internados do SMI através da aplicação da escala GUSS tendo em conta sinais de alerta e grupos de risco e a implementação de um plano de intervenções de enfermagem de reabilitação que permita a reeducação, segurança, eficácia da deglutição, uma alimentação independente e a prevenção de complicações respiratórias e nutricionais. O estágio decorrerá de 17 de setembro de 2019 a 13 janeiro de 2020.

Assim, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, a autorização para publicação dos resultados esperados. Mais afirmo, que os doentes serão informados do projeto e ser-lhes-á solicitada também autorização para a publicação dos resultados.

Mais se acrescenta que toda a informação e resultados recolhidos serão alvo de criteriosa confidencialidade, e estarão disponíveis para consulta sempre que V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> considerar necessário.

Anexa a este pedido o projeto de intervenção.

Sem outro assunto de momento, agradecemos desde já a Vossa compreensão e colaboração.

Pede deferimento.

Com os melhores cumprimentos, respeitosamente

  
Enfermeiro José António Dias Feiteirona

Castelo Branco, 23 de outubro de 2019



---

**Documento:** Requerimento de José António Dias Feiteirona

**Assunto:** Submissão de projecto de intervenção na área de Enfermagem de Reabilitação

**Requerente:** José António Dias Feiteirona – Licenciado em enfermagem e aluno do mestrado de enfermagem com área de especialização em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

**Título:** Projeto de intervenção na área da enfermagem de reabilitação com o tema “Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no doente com Deglutição Comprometida” que tem como objectivo identificar o compromisso da deglutição nos doentes internados do SMI através da aplicação da escala de GUSS tendo em conta sinais de alerta e grupos de risco e a implementação de um plano de intervenções de enfermagem de reabilitação que permita a reeducação, segurança, eficácia na deglutição, uma alimentação independente e a prevenção de complicações respiratórias e nutricionais.

**Orientadores do Estudo:** Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

**População do Estudo:** Doentes internados nos serviços de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

**Serviço onde decorre o estudo:** Medicina Interna da ULSCB

**Data do pedido:** Datado no HAL a 24-10-2019

---

A Comissão de Ética da ULSCB, EPE concorda com o referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados e com a devida autorização do responsável do Serviço de Medicina Interna.

ULS de Castelo Branco, E.P.E., 6 de dezembro de 2019

A Comissão de Ética

**ANEXO B – BASE DE DADOS EXCEL DAS INTERVENÇÕES DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA**

Nome completo:	
Idade:	
Proveniência (Lar, Domicílio, transf):	
Data admissão:	
Diagnóstico:	
Défices entrada:	
Antecedentes P:	
Data saída:	
Destino (Lar, Domicílio, UCC, óbito):	
Défices saída:	

Índice de força muscular		admissão	alta
	MSE		
	MIE		
	MSD		
	MID		

Índice de Barthel	
admissão	
1º levante	
alta	

			Admissão	Alta
cognição	Vigília	alerta		
		Obnubilado		
		sonolento		
		Estuporado		
	Atenção	coma		
		coerente		
		incoerente		
		desatento		
		Orientação		
	Tempo	orientado		
desorientado				
Espaço	orientado			
	desorientado			
Pessoa	orientado			
	desorientado			
linguagem	articulação verbal	disartria		
		disfonia		
	função cognitiva	afasia motora		
		sensorial		
		afasia global		
Deglutição	função	presente		
	função alterada	líquidos		
		sólidos		
total				
Mobilidade		Mantida		
		Paresia		
		Plegia		
Alterações Sensoriais				
Alterações Visuais				

	admissão	alta
<b>Equilíbrio corporal</b>		
sentado estático		
sentado dinâmico		
ortoestático estático		
ortoestático dinâmico		
ausente		
<b>Marcha</b>		
s/ alt		
ataxia		
incapaz		
com apoio (qual:)		
<b>Transferências</b>		
ajuda total		
ajuda parcial		
independente		

### Escala de dispnéia – MRC (Medical Research Council)

Grau	Características definitorias
0	Sem dispnéia, a não ser com exercício extenuante
1	Falta de ar quando caminha depressa no plano ou sobe ladeira suave
2	Anda mais devagar que pessoa da mesma idade no plano devido à falta de ar ou tem de parar para respirar
3	Pára de respirar após caminhar uma quadra (90 a 120m) ou após poucos minutos no plano
4	Muito dispnéico para sair de casa ou dispnéico ao vestir-se

Padrão Respiratório	Respiração Torácica, Abdomno-Diafragmática, Mista, Tiragem, Adejo		
	Ritmo (Regular, Irregular)		
	Amplitude (Normal, Diminuída, Aumentada)		
Oxigenoterapia (L/m)			
Dispneia (S/N)			
Escala dispneia (Borg/MRC) - indicar qual a escala e o valor- ESCALA:			
Secreções (S / N)			
Tosse (Presente, Ausente, Eficaz, Ineficaz)			

Auscultação Pulmonar		Admissão		Alta	
		D	E	D	E
Murmúrio Vesicular (Mantido, Diminuído, Ausente)	1/3 sup				
	1/3 médio				
	1/3 inf				
Ruidos Adventícios (Roncos, Sibilos, Frevores, Crepitações)	1/3 sup				
	1/3 médio				
	1/3 inf				

	Intervenções	Data
<b>Reabilitação Motora</b>	Posicionamentos Antiespásticos	
	M. passivas	
	M. ativas assistidas	
	M. resistidas	
	Contrações isométricas	
	Auto-mobilizações	
	Rolamentos no leito	
	Rotação tronco / anca	
	Ponte	
	Alongamentos	
	Apoio do cotovelo	
	Treino motricidade fina	
	T. equilíbrio sentado	
	T. equilíbrio pé / verticalização	
	Transferências	
	Treino de marcha autónomo ou com ajuda (A/3P)	
	Treino de marcha com ajuda técnica (AD / C /CR /TP / B)	
	Treino subir/descer escadas	
	Treino AVD	
	Massagem	
	Crioterapia	
<b>Cinesiterapia Respiratória</b>	Posições de descanso /relaxamento	
	Dissociação dos tempos respiratórios	
	Exercícios de reeducação /Tonif. Diafragmática	
	Exercícios de tonif. Intercoastal	
	Aberturas costais	
	Correção postural	
	Ensino da tosse	
	Tosse assistida /Tosse dirigida	
	Cough Assist	
	Drenagem postural modificada	
	Percussões	
	Vibrações	
	Inspirómetro de incentivo	
	Aspiração de secreções	
	Inaloterapia (ensino e treino)	
	Terapia de posição	
	Exercícios de tolerância ao esforço (marcha, pedaleira)	
<b>Plano de Ensino / Preparação para a alta</b>	Higiene	
	Vestir/Despir	
	Alimentação	
	Posicionamentos Antiespásticos	
	Transferências	
	Mobilizações	
	Eliminação vesical	
	Eliminação intestinal	
	Recursos na comunidade	
	Ensinos ao cuidador informal _____	
	<b>Ass. do EEER</b>	

## **ANEXO C – ÍNDICE DE BARTHEL**

<b>1. Alimentação</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	

Fonte: Direção Geral da Saúde (2011), norma nº 054/2011 (p. 13).



## **ANEXO D – ESCALA DE FORÇA MUSCULAR**

Força	Descrição
5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência.
4/5	Raio de movimento completo contra a resistência moderada e contra gravidade.
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade.
2/5	Movimento das extremidades mas não contra a gravidade.
1/5	Contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Adaptado de: Menoita et al. (2012, pp. 59-60)

## **ANEXO E – TABELA NACIONAL DA FUNCIONALIDADE**

ATIVIDADES e PARTICIPAÇÃO		DESEMPENHO						FATOR AMBIENTAL	
		0	1	2	3	4	Total	Facilitador	Barreira
Mobilidade e Autocuidados	d230 Realizar a rotina diária								
	d410 Mudar a posição básica do corpo								
	d415 Manter a posição do corpo								
	d430 Levantar e transportar objetos								
	d450 Andar								
	d460 Deslocar-se por diferentes locais								
	d470 Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio)								
	d520 Cuidar de partes do corpo (lavar os dentes, pentear)								
	d540 Vestir-se								
	d620 Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)								
	d640 Fazer trabalhos domésticos (limpar a casa, etc)								
	d660 Ajudar os outros								
	d920 Recreação e lazer								
Competência Gerais	d220 Realizar múltiplas tarefas								
	d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação								
	d475 Conduzir (bicicleta, mota, automóvel, animais, etc.)								
	d510 Lavar-se (lavar as mãos e o corpo, secar-se, etc.)								
	d630 Preparar refeições (cozinhar, etc)								
	d825 Formação profissional								
	d845 Obter, manter e sair do emprego								
	d850 Emprego remunerado								
Competência Específicas	d166 Ler								
	d175 Resolver problemas								
	d330 Falar								
	d345 Escrever Mensagens								
	d530 Cuidados relacionados com o processo de excreção								
	d550 Comer +d560 Beber - alimentar-se								
	d570 Cuidar da saúde								
	d860 Transações económicas básicas								
Sociabilidade	d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas								
	d350 Conversação								
	d710 Interações interpessoais básicas								
	d760 Relações familiares								
	d770 Relacionamento íntimos								
	d910 Vida em comunidade								
Manipulação e Manuseio	d440 Motricidade fina								
	d445 Utilização da mão e do braço								
	d465 Deslocar-se utilizando equipamentos								
TOTAL									

Fonte: Direção Geral da Saúde (2019), norma nº 001/2019 (p. 14).

## **ANEXO F – ÍNDICE DE TINETTI**

(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)  
AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO  
TESTE DE TINETTI – Versão portuguesa

**EQUILÍBRIO:**

**1. EQUILÍBRIO SENTADO**

0 – inclina – se ou desliza na cadeira

1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira

2 – estável, seguro

**2. LEVANTAR –SE**

0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio

1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa

2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

**3. EQUILÍBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)**

0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)

1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se

2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

**4. EQUILÍBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS**

0 – instável

1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio

2 – pés próximos e sem ajudas

**5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés**

próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

0 – começa a cair

1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza

2 – estável

**6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO**

0 – instável

1 – estável

**7. VOLTA DE 360° ( 2 vezes)**

0 – instável (agarra – se, vacila)

1 – estável, mas dá passos descontínuos

2 – estável e passos contínuos

**8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)**

0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto

1 – aguenta 5 segundos de forma estável

**9. SENTAR-SE**

0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância

1 – usa os braços ou movimento não harmonioso

2 – seguro, movimento harmonioso

**Pontuação: \_\_\_\_ / 16**

## **MARCHA**

**Instruções:** O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

**10. INÍCIO DA MARCHA** (imediatamente após o sinal de partida)

0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar

1 – sem hesitação

**11. LARGURA DO PASSO** (pé direito)

0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio

1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio

**12. ALTURA DO PASSO** (pé direito)

0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo

1 – o pé direito eleva-se completamente do solo

**13. LARGURA DO PASSO** (pé esquerdo)

0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio

1 – ultrapassa o pé direito em apoio

**14. ALTURA DO PASSO** (pé esquerdo)

0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo

1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo

**15. SIMETRIA DO PASSO**

0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico

1 – comprimento do passo aparentemente simétrico

**16. CONTINUIDADE DO PASSO**

0 – pára ou dá passos descontínuos

1 – passos contínuos

**17. PERCURSO DE 3m** (previamente marcado)

0 – desvia-se da linha marcada

1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha

2 – sem desvios e sem ajudas

**18. ESTABILIDADE DO TRONCO**

0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha

1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha

2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha

**19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA**

0 – calcanhares muito afastados

1 – calcanhares próximos, quase se tocam

**Pontuação:** \_\_\_\_ / 12

**Pontuação total:** \_\_\_\_ / 28

**Indicadores de risco de quedas:**

≤18 Alto

19-23 Moderado

≥24 Baixo

Adaptado de: Mary E. Tinetti, Yale School of Medicine

## **ANEXO G – TABELA DE REGISTO DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES**





**ANEXO H – FOLHA DE REGISTO DA AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DA DEGLUTIÇÃO E DOS ASPETOS BIOPSIKOSSOCIAIS**

AVALIAÇÃO INICIAL DATA:									
1.DADOS PESSOAIS									
Nome									
Idade									
Agragado familiar									
Cuidador informal									
Situação educacional									
Situação social e habitacional									
2.HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL									
Data de admissão									
Motivo pelo qual recorreu aos serviços de saúde									
Diagnóstico médico de internamento									
Terapêutica instituída no internamento									
Exames complementares de diagnóstico									
3.HISTÓRIA DA DOENÇA REGRESSA									
Antecedentes pessoais									
Terapêutica ambulatoria									
Hábitos de vida anteriores									
4.EXAME FÍSICO GERAL									
4.1. Avaliação neurológica									
Estado de consciência: Escala de Glasgow	Abertura Ocular		Resposta verbal		Resposta motora		OBS:		
	Score total								
Orientação	Tempo		Espaço		Pessoa				
Atenção	Normal	Sonolento	Desatento	Não colaborante					
Memória	Imediata		Recente	Longo prazo	Remota				
Linguagem	Discurso espontâneo		Compreensão	Nomeação	Repetição	Leitura	Escrita		
	Afasia		Disartria		Apraxia	Normal			
Negligência hemiespacial unilateral									
4.1.1. Pares Cranianos									
I-Olfativo	Parosmia		Hiposmia	Sem alteração		anosmia			
II- Ótico	Amaurose ambliopia		cegueira	Hemianopsia homónima D/E					
III-Motor ocular comum/IV-Patético /VI-Motor ocular externo	Anisocoria		Isocoria	Tamanho e forma da pupila		Nistagmo	Ptose palpebral		
V-Trigémio	Sensibilidade: termica, tátil, dolorosa		Divisão oftálmica		Divisão maxilar		Divisão mandibular		
	Músculos		Mastigadores	Milo-hioídeo	Tensor do véu do palato		Digástrico anterior		
VII - Facial	Sensibilidade anterior língua		Doce		Salgado		Amargo		
	Músculos da face		Paralisia facial periférica D/E		Paralisia facial central D/E		Simetria Facial		
		Apagamento sulco nasogeniano							
VIII - Estado-acústico	Acuidade auditiva			Teste de Romberg					
IX- Glossofaríngeo e X-Vago	Equilíbrio estático/dinâmico sentado e de pé								
	Posição da úvula/palato mole respiração/fonação								
	Hipofonia, afonia, voz bitonal, rouquidão, voz nasalada								
	Reflexo de vômito								
	Reflexo faríngeo								
XI - Espinhal	Reflexo palatal								
XII - Grande hipoglosso	Força muscular esternocleidomastoídeo e trapézio								
Desvio, movimentos irregulares, assimetrias na língua									

4.2. Força Muscular (MRC 0/5)				
Cabeça e pescoço	Flexão/extensão			
	Flexão lateral esqª/dtª			
	Rotação			
Membro superior	Escapulo-umeral	Flexão/extensão		
		Adução/abdução		
		Rotação interna/externa		
	Cotovelo	Flexão/extensão		
	Antebraço	Pronação/supinação		
	Punho	Flexão palmar/dorsi-flexão		
		Desvio radial/cubital		
		Circundação		
	Dedos	Flexão/extensão		
		Adução/abdução		
		Circundação		
Oponência do polegar				
Membro inferior	Coxo-femural	Flexão/extensão		
		Adução/abdução		
		Rotação interna/externa		
	Joelho	Flexão/extensão		
	Tibio-társica	Flexão plantar/dorsal		
		Inversão/eversão		
	Dedos	Flexão/extensão		
		Adução/abdução		
4.3. Tónus muscular (escala de Ashworth modificada 0/5)				
4.4. Coordenação motora				
Prova index-nariz				
Prova calcanhar-joelho				
4.5. Sensibilidade				
	Face D/E	Membro superior D/E	Membro inferior D/E	
Térmica				
Dolorosa				
Tátil				
Postural				
Vibratória				
5. OUTROS DADOS				
Postura/controlo da cabeça, pescoço, tronco (normal/reduzido)				
Padrão Respiratório	SPO2	FR	o2	
Apetite (normal/reduzido)				
Mucosa oral	Lingua (limpa/rósea/seca/lesões)			
	Palato mole			
	Úvula			
Higiene oral (neligenciada/cuidada)				
Estado dentário	Prótese dentária			
	Ausência de dentes (total/parcial)	Superior	Inferior	
IMC	Peso:	Altura		
GUSS				
FOIS				
Índice de Barthel				

**ANEXO I – FOLHA DE REGISTO DO PLANO DE INTERVENÇÃO E ATIVIDADES  
REALIZADAS NAS SESSÕES**

PLANO / REGISTO SESSÕES																		
PROGRAMA	EXERCICIOS		PLANO	SESSÃO														
				1			2			3			4			5		
				CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC
Exercícios orofaciais (cada movimento 5 a 10 vezes em 5 a 10 sessões diárias)	Lábios	Abrir e fechar a boca																
		Segurar espátula																
		"Dar beijinhos"																
		Lábios para direita e esquerda																
		Assobiar																
	Língua	Movimentos de sucção																
		Língua para a direita e esquerda																
		Estalar a língua contra o céu da boca																
		Língua para fora e para dentro																
		Ponta da língua no nariz																
		Empurrar a espátula com a ponta da língua																
		Empurrar as bochechas com ponta da língua																
	Bochechas	Enrolar a língua																
		Encher as 2 bochechas de ar																
		Encolher as bochechas para dentro																
		Encher a bochecha esquerda																
		Encher a bochecha direita																
	Faringe	Assobiar																
		Emitir sons graves e agudos alternados																
		Emitir u com língua retraída																
		Emitir sons agudos																
		Sugar palhinha com ponta dobrada																
		Recolher a língua exageradamente para trás																
		Bocejar																
	Posturas compensatórias	Por a língua de fora exageradamente																
Posição Reclinada																		
Flexão cervical																		
Extensão cervical																		
Rotação cervical para o lado menos funcional																		
Inclinação cervical para o lado mais funcional																		
Rotação e flexão cervical																		
Rotação e extensão cervical																		
Técnicas e manobras compensatórias	Decubito lateral com cabeça apoiada																	
	Estimulação térmica																	
	Controlo do bolo alimentar																	
	Deglutição Múltipla																	
	Deglutição forçada																	
	Manobra de Mendelsohn																	
	Deglutição supraglótica																	
	Deglutição supersupraglótica																	
	Manobra de masako																	
Exercício de shaker																		
Lip pursing																		
Legenda: CEETD: conhecimento para executar exercicios e técnicas de deglutição; CaEETD: capacidade para executar exercicios e técnicas de deglutição; CPC: conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição; D: demonstra; N: não demonstra; I: indicado																		

## **ANEXO J – FOLHA DE REGISTO DAS AVALIAÇÕES INTERMÉDIAS**

<b>TABELA DE REGISTO AVALIAÇÕES INTERMÉDIAS</b>				
<b>Avaliações</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Data</b>				
<b>FOIS</b>				
<b>GUSS:</b> SCORE GRAVIDADE RISCO DE ASPIRAÇÃO DIETA RECOMENDADA NIVEL ONDE PAROU O TESTE / MANIFESTÇÃO CLINICA				
<b>BARTHEL</b>				
<b>Oximetria</b>				
<b>IMC</b>				
<b>Observações:</b>				



**ANEXO K – FOLHA DE REGISTO DAS REAVALIAÇÕES DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Diagnósticos de Enfermagem			Nº da Avaliação / Data:			
Foco	Diagnóstico	Status				
Deglutir	Deglutir comprometido	em grau reduzido				
		em grau moderado				
		em grau elevado				
Auto Cuidado: Beber	Auto Cuidado: Beber Comprometido	em grau reduzido				
		em grau moderado				
		em grau elevado				
Alimentar-se	Alimentar-se Dependente	em grau reduzido				
		em grau moderado				
		em grau elevado				
Aspiração	Risco de Aspiração	Ausente				
		Presente				
Limpeza das Vias Aérea	Limpeza das vias aéreas Comprometida	em grau reduzido				
		em grau moderado				
		em grau elevado				
Desidratação	Risco de desidratação	Ausente				
		Presente				
Ingestão Nutricional	Risco de Compromisso da Ingestão Nutricional	Ausente				
		Presente				
Défice Sensorial	Défice Sensorial Presente	Ausente				
		Presente				
Equilíbrio Corporal	Equilíbrio Corporal Diminuído	Normal				
		Diminuído				
Movimento Muscular	Movimento Muscular Diminuído	Normal				
		Diminuído				

## **ANEXO L – CONSENTIMENTO INFORMADO**

## **CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

**Diagnóstico e ou descrição da situação clínica:** Estudo interventivo - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em doentes com deglutição comprometida.

**Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:** Trabalho de projeto no âmbito do Mestrado em Enfermagem, ramo de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, sob orientação da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo. Tem como principal objetivo identificar doentes com deglutição comprometida e o seu grau de compromisso, instituindo um programa de reabilitação no intuito de recuperar a função perdida. Será avaliada a eficácia dos exercícios ministrados de forma a documentar essa evolução. O estudo decorrerá desde a sua admissão neste serviço até ao dia da sua alta.

**Benefícios:** Pretende-se colaborar para um melhor conhecimento científico sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de doentes que apresentem a referida disfunção. Desta forma, a sua colaboração é fundamental. As informações recolhidas serão efetuadas através da aplicação de escalas de avaliação validadas para a população portuguesa, almejando documentar a sua evolução clínica ao ser submetido a este programa.

**Riscos graves e riscos frequentes:** Este estudo não lhe acarretará nenhuma despesa ou risco.

**Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:** O resultado do presente estudo, será submetido a aprovação pelo Instituto Politécnico de Portalegre e divulgada no seu repositório. Pode, se desejar, contactar o seu autor para constatar os resultados obtidos. Qualquer informação colhida será confidencial e não será revelada a terceiros. Ao ser admitido (a) no estudo ser-lhe-á atribuído uma letra que permite ocultar a sua identidade.

**Riscos de não tratamento:** A sua participação neste estudo é voluntária, podendo retirar-se do mesmo a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha quaisquer consequências para si. Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do investigador principal: José António Dias Feiteirona

Número de cédula profissional: 39756

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

Contacto Institucional do investigador principal: 582@ipportalegre.pt

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo investigador que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (*riscar o que não interessa*) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões fundamentadas.

Nome legível: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Nota:** Este documento é feito em duas vias – uma para o investigador principal e outra para ficar na posse de quem consente

## **ANEXO M – ESCALA DE COMAS DE GLASGOW**

Abertura Ocular		
Critério	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação.	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta.	Ao som	3
Abertura ocular após estimulação das extremidades dos dedos.	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência.	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local.	Não testável	NT
Resposta Verbal		
Critério	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data.	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente.	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis.	Palavras	3
Apenas gemidos.	Sons	2
Ausência de resposta audível sem fatores de interferência.	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação.	Não testável	NT
Melhor Resposta Motora		
Critério	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com duas ações.	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou no pescoço.	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal.	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal.	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo.	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência.	Ausente	1
Fator que limita resposta motora.	Não testável	NT
Locais para estimulação física	Características da resposta em flexão	
	Flexão anormal	Flexão normal
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pressão nas extremidades dos dedos;</li> <li>Pinçamento do trapézio;</li> <li>Incisura supraorbitária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lenta;</li> <li>Estereotipada;</li> <li>Aproximação do braço em relação ao tórax;</li> <li>Rotação do antebraço;</li> <li>Cerramento do polegar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rápida;</li> <li>Variável;</li> <li>Afastamento do braço relativamente ao corpo.</li> </ul>

Adaptado de: <http://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>

## **ANEXO N – GUGGING SWALLOWING SCREEN (GUSS)**

G U S S

(Gugging Swallowing Screen – Rastreo da deglutição)

Data: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

### 1. Avaliação preliminar / Teste indireto da deglutição

		SIM	NÃO
<b>VIGILÂNCIA</b>	O doente deve estar vigil durante pelo menos <u>15 minutos</u>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>TOSSE e/ou PIGARRO</b>	Tosse voluntária: o doente deve tossir ou pigarrear duas vezes	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>DEGLUTIÇÃO DA SALIVA</b>	Realize a higiene oral se a boca estiver muito seca Se o doente tossir durante ou após a deglutição da saliva, assinale "Não"	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Deglutição bem-sucedida			
• Sialorreia	Sialorreia intensa e permanente	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Alterações na voz após a deglutição	Gorgolejo, voz húmida e rouca desde a instalação do AVC	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>SOMA:</b>		<b>(5)</b>	
		1 – 4 = Pare o teste Veja Avaliação GUSS 5 = Continue com a parte 2	

### 2. Teste direto da deglutição (Material: água, espessante, colher de chá, chávena, seringa, pão, bolacha)

Na seguinte ordem	SEMISSÓLIDO→	LÍQUIDO→	SÓLIDO
	½ colher de chá de água espessada Se não se registarem sintomas, administrar mais 3 a 5 colheres. Pare a avaliação se observar um dos 4 critérios da aspiração	Dar 3, 5, 10, 20 ml de água numa chávena, seguidos por 50 ml de água (goles sequenciais). Pare a avaliação se observar um dos 4 critérios da aspiração	Dar um pedaço de pão sem còdea e/ou um pedaço de uma bolacha (max. 1.5 x 1.5 cm) Pare a avaliação se observar um dos 4 critérios da aspiração
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
▪ Deglutição impossível	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Atraso na deglutição (semisólidos, líquidos > 2 s sólidos > 10 s)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Deglutição bem-sucedida	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>TOSSE (involuntária)</b> (antes, durante e depois da deglutição - até 3 minutos após)			
▪ Sim	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Não	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>SIALORREIA</b>			
▪ Sim	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Não	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>ALTERAÇÕES NA VOZ</b> (Escute a voz antes e após a deglutição - o doente deve dizer "Ohhh")			
▪ Sim	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Não	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>SOMA:</b>	<b>(5)</b>	<b>(5)</b>	<b>(5)</b>
	1 – 4 = Pare o teste veja a Avaliação GUSS 5 = Continue com "Líquido"	1 – 4 = Pare o teste veja a Avaliação GUSS 5 = Continue com "Sólido"	
<b>SOMA: (Teste indireto da deglutição E teste direto da deglutição)</b> _____ <b>(20)</b>			



## AVALIAÇÃO G U S S

(Gugging Swallowing Screen - Rastreo da deglutição)

RESULTADOS		GRAU DE SEVERIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Deglutição de consistências semissólidas, líquidas e sólidas bem-sucedida	Disfagia ligeira / sem disfagia sem risco ou risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta normal</li> <li>• Líquidos normais</li> <li>• Primeira refeição normal sob supervisão de terapeuta da fala ou enfermeiro treinado em disfagia para avaliar a capacidade de deglutição de consistências mistas</li> </ul>
15-19	Deglutição de semissólidos bem-sucedida, deglutição de líquidos pode ser deficiente, deglutição de sólidos pode ser deficiente	Disfagia ligeira com risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta normal passada (pastosa e moles)</li> <li>• Líquidos espessados</li> <li>• Opcional: Avaliações funcionais complementares da deglutição (FEES, VFES)<sup>1</sup></li> <li>• Opcional: Encaminhar para o terapeuta da fala<sup>1</sup></li> </ul> <p>Suplementação via PEG, sonda nasogástrica ou parentérica + suplementos alimentares</p>
10-14	Deglutição de semissólidos bem-sucedida, deglutição de líquidos deficiente	Disfagia moderada com risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistências semissólidas/pastosas</li> <li>• Todos os líquidos devem ser espessados</li> <li>• Os comprimidos devem ser esmagados e misturados com puré</li> <li>• Não administrar medicação líquida!</li> <li>• Opcional: Avaliações funcionais complementares da deglutição (FEES, VFES)<sup>1</sup></li> <li>• Opcional: Encaminhar para o terapeuta da fala<sup>1</sup></li> </ul> <p>Suplementação via PEG, sonda nasogástrica ou parentérica + suplementos alimentares</p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou deglutição de semissólidos sem sucesso	Disfagia grave com alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NPO (non per os = nada pela boca)</li> <li>• Opcional: avaliações funcionais complementares da deglutição (FEES, VFES)<sup>1</sup></li> <li>• Opcional: Encaminhar para o terapeuta da fala<sup>1</sup></li> </ul> <p>Suplementação via PEG, sonda nasogástrica ou parentérica</p>

<sup>1</sup> Recorra a avaliações funcionais como: avaliação videoendoscópica da deglutição (FEES), videofluoroscopia da deglutição (VFES) e exame clínico da deglutição por terapeuta da fala.

Fonte: OE (2016), Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

## **ANEXO O – FUNCTIONAL ORAL INTAKE SCALE (FOIS)**

<b>Escala Funcional de Ingestão por via Oral</b>	
<b>Níveis</b>	<b>Dependentes de Sonda</b>
<b>1</b>	Incapacidade de ingestão por via oral
<b>2</b>	Dependente da sonda com ingestão por via oral residual
<b>3</b>	Ingestão por via oral com suplementos por sonda
<b>Ingestão total por via oral (níveis 4-7)</b>	
<b>4</b>	Ingestão total por via oral de uma única consistência
<b>5</b>	Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica
<b>6</b>	Ingestão total por via oral sem preparação específica, mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos
<b>7</b>	Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições

Adaptado de: Queirós et al. (2013, p.30)

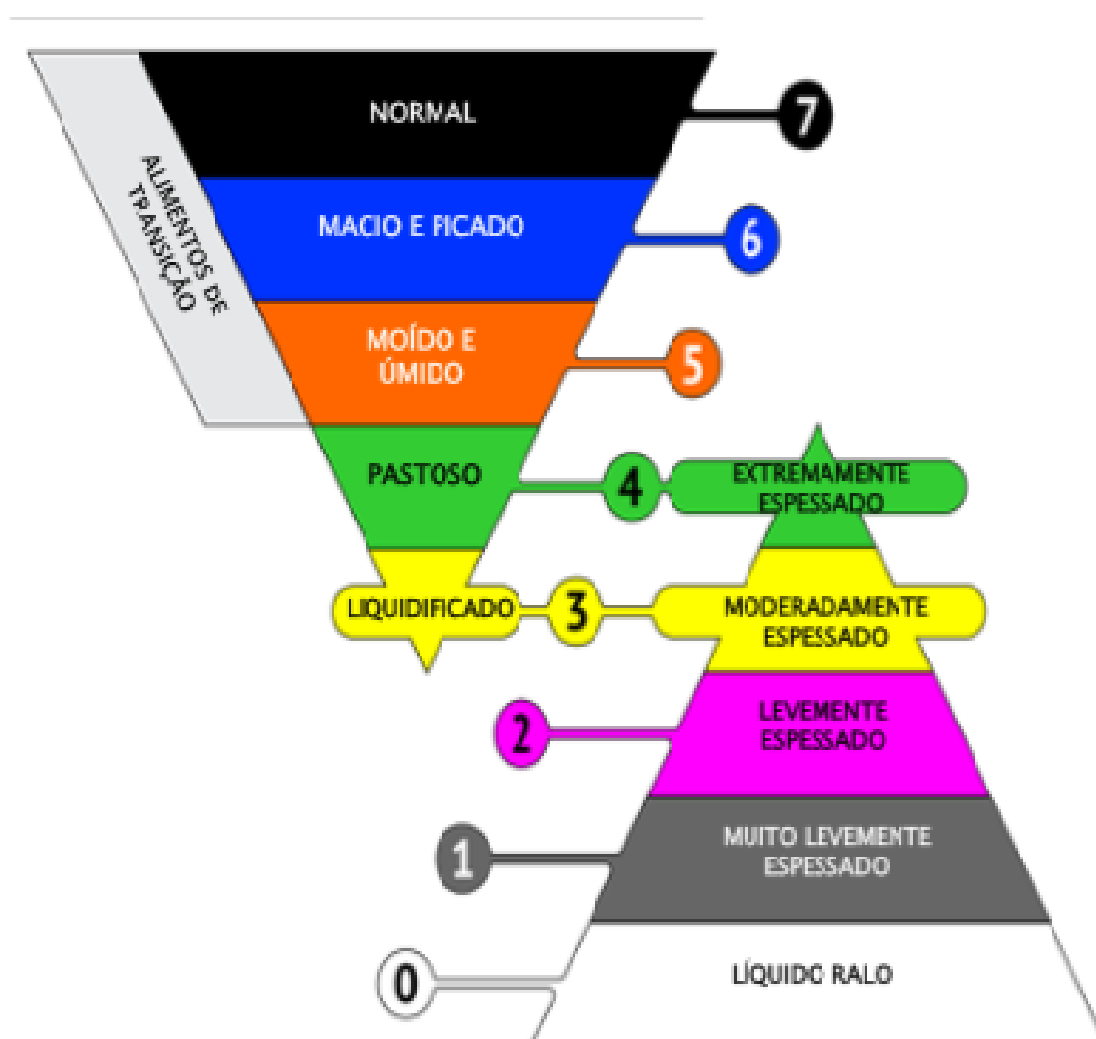
**ANEXO P – TERMINOLOGIA DAS TEXTURAS DIETÉTICAS ESTANDARDIZADA PELA  
AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION**

<b>Classificação da Consistência dos Alimentos Líquidos</b>	
<b>Líquidos</b>	Água, caldo de carne, leite, sumos de frutas, suplementos nutricionais, café e chá
<b>Néctar</b>	Sumo de ameixa, néctares
<b>Mel</b>	Espessado até a densidade de mel
<b>Pudim</b>	Espessado até poder ser dado à colher

<b>Classificação da consistência dos alimentos sólidos</b>	
<b>Nível 1</b>	Puré com consistência homogénea
<b>Nível 2</b>	Alimentos semi-sólidos
<b>Nível 3</b>	Alimentos moles
<b>Nível 4</b>	Alimentos com qualquer textura

Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p.311)

**ANEXO Q – TERMINOLOGIA DAS TEXTURAS DIETÉTICAS PARA OS ALIMENTOS  
LÍQUIDOS E ALIMENTOS SÓLIDOS INTERNATIONAL DYSPHAGIA DIET  
STANDARDISATION INITIATIVE**



Fonte: International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (2016)

## **ANEXO R – POSTURAS COMPENSATÓRIAS**



Posturas compensatórias	Descrição	Objetivos	Indicações
<b>Posição reclinada</b>	Elevação da cabeceira a 30° (alimentação assistida) com almofada sob a cabeça de modo a providenciar ligeira flexão do pescoço, almofada sob a região popliteia, almofada sob os membros superiores e tronco alinhado; Elevação da cabeceira a mais de 60° (alimentação sem assistência)	A força da gravidade facilita a progressão do bolo alimentar da cavidade oral até à faringe. Paralelamente, a posição reclinada eleva o trato respiratório e promove o abaixamento do esófago, assim o bolo alimentar progride para baixo ao longo da parede posterior da faringe e encaminha-se mais facilmente para o esófago, minimizando o risco de aspiração.	Dificuldades no trânsito oral
<b>Flexão cervical</b>	Baixar a cabeça até que o pescoço fique fletido e o queixo permaneça a ¼ da sua distância normal do tronco	Esconde a valécula; Epiglote cobre mais as vias aéreas, protegendo-as e diminuindo o risco de aspiração.	Reflexo da deglutição lentificado; Redução do encerramento laríngeo.
<b>Extensão cervical</b>	Deslocar a cabeça lenta e suavemente no plano sagital e no sentido posterior	Desloca os alimentos mais rapidamente ao longo da cavidade oral	Hipocinesia dos músculos da língua
<b>Rotação cervical para o lado menos funcional</b>	Rotação da cabeça para o lado afetado	Aumenta a adução das cordas vocais; Encerra a faringe do lado para o qual a cabeça está rodada	Disfunção faríngea e laríngea unilateral
<b>Inclinação cervical para o lado mais funcional</b>	Inclinação da cabeça para o lado contralateral ao afetado	Pela gravidade dirige os alimentos para o lado mais funcional da faringe	Lesão unilateral da língua e faringe
<b>Rotação e flexão cervical</b>	Rotação da cabeça e baixar a cabeça até que o pescoço fique fletido e o queixo permaneça a ¾ da sua distância normal do tronco	Encaminha o bolo alimentar e aumenta a proteção das vias aéreas	Redução do encerramento laríngeo
<b>Rotação e extensão cervical</b>	Deslocar a cabeça lenta e suavemente no plano sagital e no sentido posterior efetuando rotação da cabeça em simultâneo	Faz progredir rapidamente o bolo alimentar pela cavidade oral	Hipocinésia dos músculos da língua; Diminuição do encerramento laríngeo; Atrofia unilateral da laringe
<b>Decúbito lateral com cabeça apoiada</b>	Elevar a cabeceira num ângulo superior a 30°; Posicionar a pessoa em decúbito lateral para o lado mais funcional e com a cabeça apoiada numa almofada	Anula o efeito da gravidade	Redução do peristaltismo; Redução da elevação faríngea

Adaptado de: Pauloski (2008); Glenn-Molali (2011); Kagaya et al.(2011); Lazarus (2017)

## **ANEXO S – TÉCNICAS E MANOBRAS COMPENSATÓRIAS**

<b>Técnicas/ Manobras</b>	<b>Descrição</b>	<b>Duração/ Repetições</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Indicações</b>
<b>Estimulação Térmica</b>	Com um cotonete congelado a uma temperatura de -1 a -30°C, efetuar estimulação no sentido descendente em ambas as faces anteriores dos pilares faciais	2 minutos; 5 toques de cada lado	Aumenta a velocidade da deglutição; Facilita a deglutição, aumentando o limiar de excitabilidade do reflexo de deglutição	Atraso no reflexo de deglutição
<b>Controlo do bolo alimentar</b>	Atar um botão a um fio dentário e solicitar ao doente para mobilizar o botão de um lado para o outro na boca sem o deglutir. Completar exercício efetuando a técnica de Double Swallow	5 a 10 repetições	Estimula a mastigação; Coordenação dos movimentos da língua; Fortalece músculos da língua	Hipocinésia dos músculos da língua
<b>Deglutição Múltipla (Double swallow)</b>	Indireta (sem alimento): Pedir ao doente para deglutir a saliva por duas vezes seguidas, enquanto sustentem a respiração. Direta (com alimento): Fornecer ao doente o volume e consistência recomendados. Pedir ao doente para deglutir duas vezes seguidas, enquanto sustentem a respiração		Promove a remoção de vestígios orais e faríngeos; Minimiza risco de aspiração de conteúdo alimentar	Dificuldades no trânsito oral
<b>Deglutição forçada (Effortfull Swallow)</b>	Indireta (sem alimento): Pedir ao doente para deglutir a saliva com força como se "engolissem um comprimido sem água." Direta (com alimento): Fornecer ao doente o volume e consistência recomendada. Pedir ao doente para deglutir com força como se "engolissem um comprimido sem água."		Melhora a fraqueza da base da língua; protege as vias aéreas	Sialorreia; Hipocinésia posterior da língua
<b>Manobra de Mendelsohn</b>	Indireta (sem alimento): Pedir ao doente para colocar um dedo por debaixo da apófise tireoideia; Deglutir saliva e sentir a laringe atingir a sua posição mais elevada durante 3 segundos. Direta (com alimento): Fornecer ao doente o volume e consistência recomendada; Pedir ao doente para colocar um dedo por debaixo da apófise tireoideia; Deglutir segurando a laringe no seu ponto mais elevado durante 3 segundos		Favorece a elevação da laringe durante a deglutição; Prolonga o encerramento da passagem de ar	Diminuição da elevação da laringe; Distúrbios na abertura do esfíncter cricofaríngeo
<b>Deglutição Supraglótica</b>	Indireta (sem alimento): Pedir inspirar e sustentar a respiração; Deglutir; Tossir após deglutição, para limpeza da via aérea; Retomar a respiração. Direta (com alimento): Fornecer ao doente o volume e consistência recomendada; Pedir inspirar e sustentar a respiração; Deglutir; Tossir após deglutição, para limpeza da via aérea; Retomar a respiração		Protege a via aérea inferior, maximizando o encerramento das pregas vocais; Assegura o encerramento voluntário da glote	Compromisso na fase faríngea; Compromisso do encerramento das cordas vocais
<b>Deglutição SuperSupraglótica</b>	Indireta (sem alimento): Pedir inspirar e sustentar a respiração; Effortfull Swallow; Tossir após deglutição, para limpeza da via aérea; Retomar a respiração. Direta (com alimento): Fornecer ao doente o volume e consistência recomendada; Pedir inspirar e sustentar a respiração; Effortfull Swallow; Tossir após deglutição, para limpeza da via aérea; Retomar a respiração.		Intensifica a proteção da via aérea inferior, acionando o fechamento glótico e das pregas vocais	Compromisso na fase faríngea e alterações vocais mediante realização do V-VST
<b>Manobra de Masako</b>	Indireta (sem alimento): Pedir ao doente para protraí-la língua, o mais confortavelmente possível, prender entre os incisivos centrais e engolir saliva. Direta (com alimento): Fornecer ao doente o volume e consistência recomendada; Pedir ao doente para protraí-la língua, o mais confortavelmente possível, prender entre os incisivos centrais e engolir		Proporciona movimentação da parede faríngea	Redução da mobilidade faríngea
<b>Exercício de Shaker</b>	Colocar o doente em decúbito dorsal sem almofada Fletir o pescoço olhando em direção ao pés  Colocar o doente em decúbito dorsal sem almofada Fletir o pescoço olhando em direção ao pés durante 3 segundos	1 minuto; 3 repetições  30 repetições	Influencia a abertura do esfíncter cricofaríngeo; Exercício isométrico que fortalece a musculatura anterior do pescoço	Compromisso na fase faríngea
<b>Lip Pursing</b>	Manter os lábios fechados com a ajuda da mão		Ajuda a manter os lábios fechados e a comida na cavidade oral	

Adaptado de: Silva (2007); Pauloski (2008); Tiesmann et al. (2009); Kagaya, et al. (2011)

## **ANEXO T – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL**

<b>Classificação</b>	<b>Índice de Massa Corporal (IMC) (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Riscos de comorbilidades</b>
Magreza	< 18,50	Baixo (mas com risco aumentado de outros distúrbios clínicos)
Normal	18,50 – 24,99	Peso normal
Pré-obesidade	25,00 – 29,99	Aumentado
Obesidade classe I	30,00 – 34,99	Moderado
Obesidade classe II	35,00 – 39,99	Elevado
Obesidade classe III	≥ 40,00	Muito Elevado

Adaptado de: World Health Organization (2000, p. 9)

## **ANEXO U – PLANO E REGISTO DAS SESSÕES DO DOENTE A**

PLANO / REGISTO SESSÕES: doente A																		
PROGRAMA	EXERCÍCIOS		PLANO	SESSÃO														
				1			2			3			4			5		
				CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC
<b>Exercícios orofaciais</b> (cada movimento 5 a 10 vezes em 5 a 10 sessões diárias)	Lábios	Abrir e fechar a boca	I	N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	
		Segurar espátula	I	N	D		N	D		N	D		N	D		N	D	
		"Dar beijinhos"	I	N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	
		Lábios para direita e esquerda	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	
		Assobiar	I	N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	
		Movimentos de sucção	I	N	N		N	N		N	N		N	D		N	D	
	Língua	Língua para a direita e esquerda	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	
		Estalar a língua contra o céu da boca	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	
		Língua para fora e para dentro	I	N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	
		Ponta da língua no nariz	I	N	D		N	D		N	D		N	D		D	D	
		Empurrar a espátula com a ponta da língua	I	N	N		N	N		N	N		N	D		N	D	
		Empurrar as bochechas com ponta da língua	I	N	D		N	D		N	D		D	D		D	D	
	Bochechas	Enrolar a língua	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	
		Encher as 2 bochechas de ar	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	
		Encolher as bochechas para dentro	I	N	D		N	D		N	D		D	D		D	D	
		Encher a bochecha esquerda	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	
		Encher a bochecha direita	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	
		Assobiar	I	N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	
	Faringe	Emitir sons graves e agudos alternados	I	N	D		N	D		N	D		N	D		N	D	
		Emitir u com língua retraída	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	
		Emitir sons agudos	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	
		Sugar palhinha com ponta dobrada	I	N	D		N	D		N	D		N	D		N	D	
		Recolher a língua exageradamente para trás	I	N	D		N	D		N	D		N	D		N	D	
		Bocejar	I	N	D		N	D		N	D		N	D		N	D	
		Por a língua de fora exageradamente	I	N	D		N	D		N	D		D	D		D	D	
<b>Posturas compensatórias</b>		Posição Reclinada																
		Flexão cervical	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	
		Extensão cervical																
		Rotação cervical para o lado menos funcional																
		Inclinação cervical para o lado mais funcional																
		Rotação e flexão cervical																
		Rotação e extensão cervical																
		Decubito lateral com cabeça apoiada																
<b>Técnicas e manobras compensatórias</b>		Estimulação térmica																
		Controlo do bolo alimentar																
		Deglutição Múltipla																
		Deglutição forçada																
		Manobra de Mendelsohn	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	
		Deglutição supraglótica	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	
		Deglutição supersupraglótica																
		Manobra de masako																
		Exercício de shaker	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	
		Lip pursing																
<b>Legenda:</b> CEETD: conhecimento para executar exercícios e técnicas de deglutição; CaEETD: capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição; CPC: conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição; D: demonstra; N: não demonstra; I: indicado																		

## **ANEXO V – PLANO E REGISTO DAS SESSÕES DO DOENTE B**



PLANO / REGISTO SESSÕES: doente B																								
PROGRAMA	EXERCÍCIOS		PLANO	SESSÃO																				
				1			2			3			4			5			6			7		
			CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	
Exercícios orofaciais (cada movimento 5 a 10 vezes em 5 a 10 sessões diárias)	Lábios	Abrir e fechar a boca	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	D
		Segurar espátula	I	N	N		N	D		N	D		N	D		N	D		N	D	N	N	D	N
		"Dar beijinhos"	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	D
		Lábios para direita e esquerda	I	N	N		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	N
		Assobiar	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	D
		Movimentos de sucção	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N		N	D	N	N	D	N
	Língua	Língua para a direita e esquerda	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	D
		Estalar a língua contra o céu da boca	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N		N	D	N	N	D	N
		Língua para fora e para dentro	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	D
		Ponta da língua no nariz	I	N	N		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	N
		Empurrar a espátula com a ponta da língua	I	N	N		N	D		N	D		N	D		N	D		N	D	N	N	D	N
		Empurrar as bochechas com ponta da língua	I	N	N		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	N
	Bochechas	Enrolar a língua	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	N	N	N	N
		Encher as 2 bochechas de ar	I	N	N		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	D
		Encolher as bochechas para dentro	I	N	N		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	D
		Encher a bochecha esquerda	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N		D	D	N	D	D	N
		Encher a bochecha direita	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N		D	D	N	D	D	N
		Assobiar	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	D
	Faringe	Emitir sons graves e agudos alternados	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	D
		Emitir u com língua retraída	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	N	N	N	N
		Emitir sons agudos	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	D
		Sugar palhinha com ponta dobrada	I	N	N		N	D		N	D		N	D		N	D		N	D	N	N	D	N
		Recolher a língua exageradamente para trás	I	N	N		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	N
		Bocejar	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N		N	D	N	N	D	N
Posturas compensatórias	Por a língua de fora exageradamente		I	N	N		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	N
	Posição Reclinada																							
	Flexão cervical																							
	Extensão cervical																							
	Rotação cervical para o lado menos funcional		I	N	N		N	N		N	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	N
	Inclinação cervical para o lado mais funcional		I	N	N		N	N		N	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	N
	Rotação e flexão cervical																							
	Rotação e extensão cervical																							
Técnicas e manobras compensatórias	Decubito lateral com cabeça apoiada																							
	Estimulação térmica		I	N	N		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	N
	Controlo do bolo alimentar		I	N	N		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	N
	Deglutição Múltipla		I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N		N	D	N	N	D	N
	Deglutição forçada		I	N	N		N	D		D	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D	N
	Manobra de Mendelsohn																							
	Deglutição supraglótica																							
	Deglutição supersupraglótica																							
	Manobra de masako		I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	N	N	N	N
	Exercício de shaker																							
	Lip pursing																							
Legenda: CEETD: conhecimento para executar exercicios e técnicas de deglutição; CaEETD: capacidade para executar exercicios e técnicas de deglutição; CPC: conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição; D: demonstra; N: não demonstra; I: indicado																								

## **ANEXO W – PLANO E REGISTO DAS SESSÕES DO DOENTE C**

PLANO / REGISTO SESSÕES: doente C												
PROGRAMA	EXERCÍCIOS		PLANO	SESSÃO								
				1			2			3		
				CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC
Exercícios orofaciais (cada movimento 5 a 10 vezes em 5 a 10 sessões diárias)	Lábios	Abrir e fechar a boca	I	N	D		N	D		D	D	
		Segurar espátula	I	N	N		N	N		N	N	
		"Dar beijinhos"	I	N	D		N	D		D	D	
		Lábios para direita e esquerda	I	N	N		N	N		N	D	
		Assobiar	I	N	D		N	D		D	D	
		Movimentos de sucção	I	N	N		N	N		N	N	
	Língua	Língua para a direita e esquerda	I	N	D		N	D		D	D	
		Estalar a língua contra o céu da boca	I	N	N		N	N		N	N	
		Língua para fora e para dentro	I	N	D		N	D		D	D	
		Ponta da língua no nariz	I	N	N		N	N		N	D	
		Empurrar a espátula com a ponta da língua	I	N	N		N	N		N	N	
		Empurrar as bochechas com ponta da língua	I	N	N		N	N		N	N	
		Enrolar a língua	I	N	N		N	N		N	N	
	Bochechas	Encher as 2 bochechas de ar	I	N	D		N	D		D	D	
		Encolher as bochechas para dentro	I	N	N		N	N		N	N	
		Encher a bochecha esquerda	I	N	N		N	N		N	N	
		Encher a bochecha direita	I	N	N		N	N		N	N	
		Assobiar	I	N	D		N	D		D	D	
	Faringe	Emitir sons graves e agudos alternados	I	N	D		N	D		N	D	
		Emitir u com língua retraída	I	N	N		N	N		N	N	
		Emitir sons agudos	I	N	D		N	D		N	D	
		Sugar palhinha com ponta dobrada	I	N	D		N	D		N	D	
		Recolher a língua exageradamente para trás	I	N	N		N	N		N	N	
		Bocejar	I	N	N		N	N		N	N	
		Por a língua de fora exageradamente	I	N	D		N	D		N	D	
Posturas compensatórias	Posição Reclinada											
	Flexão cervical											
	Extensão cervical											
	Rotação cervical para o lado menos funcional		I	N	N		N	N		N	N	
	Inclinação cervical para o lado mais funcional		I	N	N		N	N		N	N	
	Rotação e flexão cervical											
	Rotação e extensão cervical											
Técnicas e manobras compensatórias	Decubito lateral com cabeça apoiada											
	Estimulação térmica		I	N	N		N	N		N	N	
	Controlo do bolo alimentar		I	N	N		N	N		N	N	
	Deglutição Múltipla		I	N	N		N	N		N	N	
	Deglutição forçada		I	N	N		N	N		N	N	
	Manobra de Mendelsohn											
	Deglutição supraglótica											
	Deglutição supersupraglótica											
	Manobra de masako		I	N	N		N	N		N	N	
Exercício de shaker												
Lip pursing												
Legenda: CEETD: conhecimento para executar exercícios e técnicas de deglutição; CaEETD: capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição; CPC: conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição; D: demonstra; N: não demonstra; I: indicado												

## **ANEXO X – PLANO E REGISTO DAS SESSÕES DO DOENTE D**

PLANO / REGISTO SESSÕES: doente D												
PROGRAMA	EXERCÍCIOS		PLANO	SESSÃO								
				1			2			3		
				CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC
Exercícios orofaciais (cada movimento 5 a 10 vezes em 5 a 10 sessões diárias)	Lábios	Abrir e fechar a boca	I	N	D		N	D		N	D	
		Segurar espátula	I	N	N		N	N		N	N	
		"Dar beijinhos"	I	N	D		N	D		N	D	
		Lábios para direita e esquerda	I	N	N		N	N		N	D	
		Assobiar	I	N	D		N	D		N	D	
		Movimentos de sucção	I	N	N		N	N		N	N	
		Língua	Língua para a direita e esquerda	I	N	D		N	D		N	D
	Estalar a língua contra o céu da boca		I	N	N		N	N		N	N	
	Língua para fora e para dentro		I	N	D		N	D		N	D	
	Ponta da língua no nariz		I	N	N		N	N		N	D	
	Empurrar a espátula com a ponta da língua		I	N	N		N	N		N	N	
	Empurrar as bochechas com ponta da língua		I	N	N		N	N		N	N	
	Enrolar a língua		I	N	N		N	N		N	N	
	Bochechas	Encher as 2 bochechas de ar	I	N	D		N	D		N	D	
		Encolher as bochechas para dentro	I	N	N		N	N		N	N	
		Encher a bochecha esquerda	I	N	N		N	N		N	N	
		Encher a bochecha direita	I	N	N		N	N		N	N	
		Assobiar	I	N	D		N	D		N	D	
	Faringe	Emitir sons graves e agudos alternados	I	N	D		N	D		N	D	
		Emitir u com língua retraída	I	N	N		N	N		N	N	
		Emitir sons agudos	I	N	D		N	D		N	D	
		Sugar palhinha com ponta dobrada	I	N	D		N	D		N	D	
		Recolher a língua exageradamente para trás	I	N	N		N	N		N	N	
		Bocejar	I	N	N		N	N		N	N	
		Por a língua de fora exageradamente	I	N	D		N	D		N	D	
Posturas compensatórias	Posição Reclinada											
	Flexão cervical		I	N	D		N	D		N	D	
	Extensão cervical											
	Rotação cervical para o lado menos funcional											
	Inclinação cervical para o lado mais funcional											
	Rotação e flexão cervical											
	Rotação e extensão cervical											
	Decubito lateral com cabeça apoiada											
Técnicas e manobras compensatórias	Estimulação térmica											
	Controlo do bolo alimentar											
	Deglutição Múltipla											
	Deglutição forçada											
	Manobra de Mendelsohn		I	N	N		N	N		N	N	
	Deglutição supraglótica		I	N	N		N	N		N	N	
	Deglutição supersupraglótica											
	Manobra de masako											
	Exercício de shaker		I	N	D		N	D		N	D	
	Lip pursing											
<b>Legenda:</b> CEETD: conhecimento para executar exercícios e técnicas de deglutição; CaEETD: capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição; CPC: conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição; D: demonstra; N: não demonstra; I: indicado												

## **ANEXO Y – PLANO E REGISTO DAS SESSÕES DO DOENTE E**

PLANO / REGISTO SESSÕES: doente E																																	
PROGRAMA	EXERCÍCIOS		PLANO	SESSÃO																													
				1			2			3			4			5			6			7			8			9			10		
				CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC	CEETD	CaEETD	CPC
Exercícios orofaciais (cada movimento 5 a 10 vezes em 5 a 10 sessões diárias)	Lábios	Abrir e fechar a boca	I	N	D		N	D		D	D		D	D	N	D	D		D	D	D	D	D	D	D	D	D		D	D	D		
		Segurar espátula	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	D	N	N	D		N	D	N	N	D	N	N	D		N	D	N
		"Dar beijinhos"	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D		D	D	D	D	D	D	D		D	D	D	
		Lábios para direita e esquerda	I	N	N		N	N		N	D		N	D		N	D	N	N	D		N	D	D	N	D	D	N	D		N	D	D
		Assobiar	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D		D	D	D	D	D	D	D		D	D	D	
		Movimentos de sucção	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	N	N	N		N	D	N	N	D	N	N	D		N	D	N
	Língua	Língua para a direita e esquerda	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D		D	D	D	D	D	D	D		D	D	D	
		Estalar a língua contra o céu da boca	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	N	N	N		N	D	N	N	D	N	N	D		N	D	N
		Língua para fora e para dentro	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D		D	D	D	D	D	D	D		D	D	D	
		Ponta da língua no nariz	I	N	N		N	N		N	D		N	D		N	D	N	N	D		D	D	N	D	D	N	D		D	D	N	
		Empurrar a espátula com a ponta da língua	I	N	N		N	N		N	D		N	D		N	D	N	N	D		D	D	N	D	D	N	D		D	D	DD	
		Empurrar as bochechas com ponta da língua	I	N	N		N	N		N	D		N	D		N	D	N	N	D		D	D	N	D	D	N	D		D	D	D	
		Enrolar a língua	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	N	N	N		N	N	N	N	N	N	N		N	N	N	
	Bochechas	Encher as 2 bochechas de ar	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D		D	D	D	D	D	D	D		D	D	D	
		Encolher as bochechas para dentro	I	N	N		N	N		D	D		D	D		D	D	N	D	D		D	D	D	D	D	D	D		D	D	D	
		Encher a bochecha esquerda	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	D	N	N	D		D	D	D	D	D	D	D		D	D	D	
		Encher a bochecha direita	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	D	N	N	D		D	D	D	D	D	D	D		D	D	D	
		Assobiar	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D		D	D	D	D	D	D	D		D	D	D	
	Faringe	Emitir sons graves e agudos alternados	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D		D	D	D	D	D	D	D		D	D	D	
		Emitir u com língua retraída	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	N	N	N		N	D	N	N	D	N	N	D		N	D	N
		Emitir sons agudos	I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D		D	D	D	D	D	D	D		D	D	D	
		Sugar palhinha com ponta dobrada	I	N	D		N	D		N	D		N	D		N	D	N	N	D		D	D	N	D	D	N	D		D	D	D	
		Recolher a língua exageradamente para trás	I	N	N		N	N		N	D		N	D		N	D	N	N	D		D	D	N	D	D	N	D		D	D	D	
		Bocejar	I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	N	N	N		N	D	N	N	D	N	N	D		N	D	N
		Por a língua de fora exageradamente	I	N	D		N	D		N	D		N	D		N	D	N	N	D		N	D	N	N	D	N	N	D		N	D	N
Posturas compensatórias	Posição Reclinada																																
	Flexão cervical																																
	Extensão cervical																																
	Rotação cervical para o lado menos funcional		I	N	N		N	N		N	D		N	D		N	D	N	N	D		D	D	N	D	D	N	D	D		D	D	D
	Inclinação cervical para o lado mais funcional		I	N	N		N	N		N	D		N	D		N	D	N	N	D		D	D	N	D	D	N	D	D		D	D	D
	Rotação e flexão cervical																																
	Rotação e extensão cervical																																
	Decubito lateral com cabeça apoiada																																
Técnicas e manobras compensatórias	Estimulação térmica		I*																											N	N	N	
	Controlo do bolo alimentar		I*																											N	N	N	
	Deglutição Múltipla		I*																											N	N	N	
	Deglutição forçada		I*																											N	N	N	
	Manobra de Mendelsohn		I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	N	N	N		N	N	N	N	N	N	N	D		N	D	N
	Deglutição supraglótica		I	N	N		N	N		N	N		N	N		N	N	N	N	N		N	N	N	N	N	N	N	D		N	D	N
	Deglutição supersupraglótica																																
	Manobra de masako																																
	Exercício de shaker		I	N	D		N	D		D	D		D	D		D	D	N	D	D		D	D	D	D	D	D	D		D	D	D	
Lip pursing																																	
<b>Legenda:</b> CEETD: conhecimento para executar exercicios e técnicas de deglutição; CaEETD: capacidade para executar exercicios e técnicas de deglutição; CPC: conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição; D: demonstra; N: não demonstra; I: indicado, I*:indicado na 10ª sessão																																	

**ANEXO Z – POSTER ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOENTE  
SUBMETIDO A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO (ATJ)**





## ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOENTE SUBMETIDO A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO (ATJ)

### INTRODUÇÃO

Poster realizado no âmbito do Estágio de Enfermagem de Reabilitação do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Especialidade em Enfermagem de Reabilitação – com os objetivos de divulgar o trabalho realizado pela Equipa de Enfermagem de Reabilitação e dotar o Serviço de Ortopedia do Hospital Amato Lusitano de um conjunto de informações sistematizadas relativas à intervenção no período pré e pós-operatório até ao período que antecede a alta.

Os principais objetivos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, a doentes submetidos a ATJ são: diminuir a dor, melhorar a amplitude articular, aumentar a força muscular, evitar complicações pós-operatórias (Parker,2011), diminuir a incapacidade, promover a autonomia, integração ativa na comunidade e melhorar a qualidade de vida.

### PRÉ

#### PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO

- 1 - Avaliação inicial: exame subjetivo (colheita de dados), exame físico do complexo articular do joelho, avaliação funcional.
- 2 - Instruir sobre preparação pré-operatória e intervenção cirúrgica. Entregar folheto informativo de apoio sobre cuidados a ter com a "Prótese do Joelho" ao utente e cuidador.
- 3 - Ensinar e instruir sobre exercícios de reeducação funcional respiratória: consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios; respiração abdomino-diafragmática; tosse dirigida e assistida. Em caso de patologia respiratória, ensino e esclarecimento de dúvidas direcionadas à mesma.
- 4 - Ensinar e instruir sobre exercícios de reeducação funcional motora: exercícios isométricos dos músculos abdominais, glúteos e quadríceps; exercícios isotónicos: mobilizações ativas/assistidas do membro a operar flexão/extensão da articulação coxofemoral associada com extensão/flexão do joelho; abdução/adução da articulação coxofemoral; dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica, mobilizações ativas/resistidas dos segmentos articulares sãos (de acordo com o arco de movimento e limite de dor).
- 5 - Ensinar e instruir sobre posicionamentos: decúbito dorsal, melhor tolerância à dor e promove a extensão do joelho operado. Deve ser avaliado o risco de úlceras por pressão nos calcâneos e ser colocada almofada de pequena dimensão na região aquiliana. Decúbito lateral ou semi-dorsal para o lado operado e não operado de acordo com a tolerância à dor e assegurar a extensão do joelho operado (ao longo de todo o período pós-operatório).
- 6 - Ensinar, instruir e treinar exercícios terapêuticos no leito: extensão lombo-pélvica com ou sem uso de trapézio, elevação da cintura pélvica "ponte", rolar e exercícios de controlo de equilíbrio (2/3x dia).
- 7 - Ensinar, instruir e treinar transferência cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/sanitário entrar e sair pelo lado do membro são; manter membro operado em extensão; fletir a perna não operada e deslizar para a extremidade da cama, rodar o tronco e as pernas até que os pés toquem no chão; levantar-se com auxílio dos braços e membro não operado.
- 8 - Ensinar, instruir e treinar marcha com dispositivo auxiliar (andarilho), passando posteriormente a canadiana) tanto em superfícies planas, como subir e descer escadas, inversão do sentido de marcha e transposição de obstáculos.
- 9 - Ensinar sobre crioterapia.

### PÓS 24H

#### PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO NAS PRIMEIRAS 24 HORAS

- 1 - Estabilizar o doente hemodinamicamente: controlo de sinais vitais, vigilância da função respiratória, vigilância da ferida cirúrgica e dreno (quantidade e o tipo de conteúdo drenado) e vigilância de sinais inflamatórios.
- 2 - Avaliar e controlar a dor: aplicação da escala numérica da dor; crioterapia (até 20 minutos de 2/2 horas); massagem terapêutica; administrar terapêutica analgésica de acordo com a prescrição médica; monitorizar a eficácia da crioterapia e da terapêutica analgésica.
- 3 - Avaliar e controlar o edema: crioterapia (até 20 minutos de 2/2 horas); massagem terapêutica; elevação dos membros inferiores.
- 4 - Avaliar conhecimento sobre os ensinamentos efetuados no pré-operatório e reforçar se necessário.
- 5 - Instruir sobre exercícios de reeducação funcional motora: exercícios isométricos (contração por 10 segundos e relaxar, 10 repetições, 2x dia) e isotónicos, do membro operado e segmentos articulares sãos (10 repetições para cada articulação, 2x dia). Incentivar a realização de mobilizações ativas para fortalecimento muscular, recuperação articular e prevenção de complicações tromboembólicas.
- 6 - Executar mobilizações passivas do membro comprometido através de artromotor de acordo com os graus de amplitude que o doente tolerar relativamente aos movimentos de extensão e flexão do joelho (iniciar a 30°).
- 7 - Monitorizar a amplitude do movimento articular através de goniómetro universal antes e após mobilizações articulares (com o objetivo de uma flexão de 90° do joelho).
- 8 - Instruir e treinar exercícios terapêuticos no leito.
- 9 - Instruir sobre posicionamentos.

### PÓS 48H

#### PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO DAS 48 HORAS ATÉ ALTA

- 1 - Manter controlo de sinais vitais, vigilância da função respiratória, vigilância da ferida cirúrgica e local de inserção do dreno; vigilância de sinais inflamatórios.
- 2 - Manter realizada o controlo da dor e edema.
- 3 - Avaliar conhecimento sobre os ensinamentos efetuados e reforçar se necessário.
- 4 - Instruir, treinar e incentivar sobre exercícios de reeducação funcional.
- 5 - Manter mobilizações passivas do membro comprometido através de artromotor se necessário e monitorização da amplitude articular.
- 6 - Ensinar, instruir e auxiliar técnica para prevenção de quedas: aplicação de "guardas do corredor"; posicionar em leito; apoiar os pés no leito; monitorizar sensibilidade (antes e após o levante); treino de equilíbrio; apoio do pé (membro inferior comprometido) sem exercer carga sobre o mesmo; utilizar os membros superiores de forma auxiliar o levante.
- 7 - Instruir, treinar, ensinar e auxiliar a transferência.
- 8 - Instruir, treinar e incentivar a andar com auxílio de marcha; início do treino de marcha com andaluzia andando para marcha a 3 pontos com canadianas, em plano horizontal; mobilizar auxiliar de marcha 15 a 20 cm; mobilizar perna intervenida com transferência de carga parcial sobre o mesmo; mobilizar perna não-operada até junto da outra.
- 9 - Instruir e treinar técnica para subir e descer escadas com canadianas) e transpor obstáculos: subir perna não operada, perna operada e canadianas; descer (canadianas, perna operada e perna não operada) gartar a ferida do joelho inferior ao membro inferior comprometido sempre que este esteja através da colocação de obstáculos.
- 10 - Ensinar, instruir e treinar as autocuidados higiene, vestuário e uso do sanitário; estratégias para tomar banho; estratégias adaptativas para vestir/despir; estratégias adaptativas na utilização do sanitário.
- 11 - Ensinar sobre prevenção de quedas: retirar tapetes ou em alternativa utilizar tapetes antiderrapantes no banheiro; barras de apoio na casa de banho e sanitário (se possível); utilização do calçado fechado e antiderrapante, enfiar as próteses corretas nos pés antes de sair.
- 12 - Estimular a autonomia do doente: equivoques e na concretização das tarefas nas suas atividades.
- 13 - Informar o doente da existência de material adaptativo para o domicílio.
- 14 - Realizar ensino e envolver o cuidador sempre que este se mostre disponível para colaborar.
- 15 - Ensinar sobre cuidados pós-alta: antes e depois da cirurgia do joelho como em agachamentos, evitar puxar peso, usar canadianas com braços para facilitar o levantar e o sentar, estratégia para entrar e sair do carro, necessidade fazer carga parcial até ser reavaliado na primeira consulta médica pós alta (aproximadamente 4 semanas), exercícios domiciliares.
- 16 - Supervisionar e esclarecer dúvidas. Deve ser feita o acompanhamento do doente e reforçados ensinamentos sempre que necessário.
- 17 - Elaborar carta de transferência que indique o programa de reabilitação delineado e o que foi possível implementar, a intervenção educacional realizada e áreas que devem ser reforçadas.

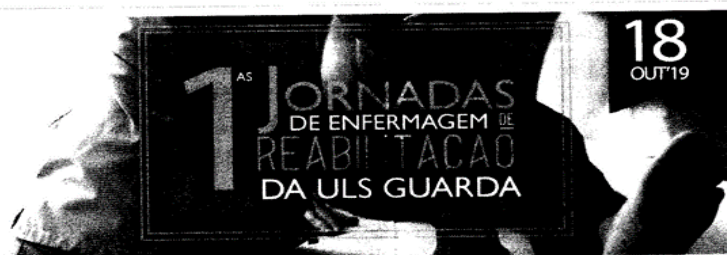
**Bibliografia**  
 Kumpfer-Peters, C., & Stone, L. (2016). Cuidados de Reabilitação e Prevenção de Quedas de Velhos. Fundição.  
 Moreira, D., & Moreira, K. & Almeida, J. (2017). Intervenção de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Retorno à Função.  
 Ordem dos Enfermeiros (2019). Registo dos Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.  
 Kines, C., & Kelly, J. (2018). Fisiologia Respiratória, Neurofisiologia e Técnicas de Reabilitação.  
 Kines, C., & Kelly, J. (2018). Fisiologia Respiratória, Neurofisiologia e Técnicas de Reabilitação.  
 Parker, R. (2011). Fisiologia Respiratória. Cengage Learning. 1000 páginas.  
 Universidade Nova de Lisboa. (2019). Fisiologia Respiratória. 1000 páginas.  
 Universidade Nova de Lisboa. (2019). Fisiologia Respiratória. 1000 páginas.  
 Universidade Nova de Lisboa. (2019). Fisiologia Respiratória. 1000 páginas.

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
 INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
 INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

Fotografado por: José Lourenço, Lúcia Lourenço, Teresa Borges, em âmbito do Estágio de Reabilitação no Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.  
 Orientação: Enf. Lúcia Gonçalves, Enf. Pedro Campos, Enf. Zélia Rosa Supervisão: Professora Eugénia Gilio

**ANEXO AA – 1.<sup>AS</sup> JORNADAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA**



## CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo (a) Sr. (a)

José Feiteirona

participou nas **1.ªs Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da ULSG**,  
realizadas na Escola Superior de Saúde da Guarda, no dia 18 de outubro de 2019.

P'A Comissão Organizadora,

P'A Comissão Científica,

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico Científico da ESS IPG



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

40  
ANOS

SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Apoio:



**ANEXO AB – GUIA ORIENTADOR PARA DOENTE COM COMPROMISSO DA  
DEGLUTIÇÃO / CUIDADOR**



## DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA (DISFAGIA)

### GUIA PARA O UTENTE E CUIDADOR

#### Sinais de alerta da deglutição comprometida

Dificuldade em iniciar a deglutição	
Deglutição repetitiva	
Tosse após engolir	
Dificuldade respiratória	
Respiração ruidosa	
Lacrimação	
Dor de garganta	
Pigarreio (tentativa de limpeza da orofaringe) após deglutição	
Alteração da qualidade da voz após deglutir	
Perda de conteúdo alimentar pelo nariz	
Perda de saliva pela cavidade oral	
Presença de resíduos alimentares na cavidade oral após a deglutição	

#### Recomendações gerais para a refeição de utentes com deglutição comprometida

A refeição deve ocorrer num ambiente tranquilo, iluminado, sem distrações (não deve haver ruídos, a TV deve estar desligada e as conversas devem ser breves de modo a avaliar a qualidade da voz do utente após deglutir)	
O utente deve estar numa posição de sentado, com a cabeça alinhada e os braços apoiados na mesa (se necessário usar auxiliares de posicionamento). Caso esteja na cama a cabeceira deve ser levantada de modo a que fique numa posição de sentado	
Verificar se a comida se encontra na textura e consistência recomendada, tal como a consistência dos líquidos	
O utente deve cheirar a comida e se possível deve alimentar-se sozinho (mas com supervisão) uma vez que se acionam os automatismos da deglutição	
Colocar a colher na metade posterior da língua e empurrar a língua para baixo. A colher deverá ser de sobremesa e de metal de modo a facilitar o controlo da quantidade do bolo alimentar. Menores quantidades de alimentos são melhor geridas.	
Caso tenha prótese dentária ela deve estar bem ajustada. Os alimentos devem ser bem mastigados. Introduzir novos alimentos na boca só quando houver a certeza de que os anteriores foram deglutidos	
Durante a refeição observar sinais e sintomas de aspiração (tosse, alterações da qualidade da voz). Caso ocorram a alimentação oral deve ser protelada e informar o médico, enfermeiro especialista ou terapeuta da fala;	
Manter o utente com cabeceira elevada durante 30 minutos após a refeição para diminuir o refluxo esofágico	
Após a refeição realizar sempre a higiene oral de modo a prevenir a colonização bacteriana e o desenvolvimento de pneumonias	
Ao longo do dia deve ser oferecida a quantidade de líquidos recomendada e realizar o registo da quantidade ingerida.	
A alimentação deve ser equilibrada, variada e com sabor agradável. O peso deve ser monitorizado semanalmente	

## Recomendações gerais para alteração da consistência dos alimentos líquidos

Deve cumprir as indicações (quantidade de espessante por mililitro de líquido) do fabricante para obter as consistências recomendadas	
Esperar que o espessante atue antes de administrar (normalmente 1 minuto), sendo que o líquido deve ficar espessado uniformemente;	
Verificar durante quanto tempo se mantém a bebida espessada, sendo que o mais seguro é espessar imediatamente antes de a ingerir	
O copo deve estar cheio de modo a prevenir a hiperextensão da cabeça e assim a aspiração de conteúdo para a via respiratória. Deve ser considerado o uso de copos especiais	
Evite líquidos com polpa, como os sumos de laranja não coados porque podem ser mantidas na garganta.	

## Recomendações gerais para alteração da consistência dos alimentos sólidos

Sempre que poder triture os alimentos no mesmo momento em que os vai tomar	
Triture e passe os alimentos preparados para que tenham uma textura uniforme	
Evite a presença de grumos, ossos, espinhas ou filamentos	
Pode adicionar leite ou molhos para conseguir texturas suaves	
Não adicione mais líquido do que o necessário ao triturado pois, poderá reduzir o seu valor nutricional	
Não inclua diferentes consistências no mesmo prato. É o que acontece, por exemplo, com a sopa de massa ou arroz sem triture: a massa ou o arroz podem dispersar-se na boca e provocar asfixia	
Evite as frutas e legumes com sementes que não podem ser separados (kiwi, morangos, etc.) e os alimentos que se desfazem na boca (bolos secos), porque dificultam a uniformidade do bolo alimentar	
Tenha cuidado com os doces: provocam a produção de muita saliva, que pode passar para as vias respiratórias	

## Recomendações específicas

Consistência dos alimentos líquidos	Líquidos		OBSERVAÇÕES:
	Nectar		
	Mel		
	Pudim		
Consistência dos alimentos sólidos	Purê com consistência homogênea		
	Alimentos semi-sólidos		
	Alimentos moles		
	Alimentos com qualquer textura		
Postura	Flexão cervical (Inclinar a cabeça para a frente)		
	Extensão cervical (Inclinar a cabeça para trás)		
	Lateralizar a cabeça para o lado não afetado e rotação para o lado lesado		
	Outra:		
Exercícios orofaciais (cada movimento 5 a 10 vezes em 5 a 10 sessões diárias)	Lábios	"Dar beijinhos"	
		Assobiar	
		Abrir e fechar a boca	
	Língua	Empurrar as bochechas com a língua	
		Colocar a língua na ponta do nariz	
		Enrolar a língua	
	Bochechas	Encher as bochechas com ar	
		Encolher as bochechas para dentro	
	Faringe	Emitir sons graves e agudos alternados	
		Bocejar	

Elaborado por: José Feteirina no âmbito do Estágio de Reabilitação do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação- Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Orientação: En<sup>fa</sup> Andreia Domingues, En<sup>fa</sup> Joana Grilo, En<sup>fa</sup> João Domingos Supervisão: En<sup>fa</sup> Chefe Carlos Almeida e Professora Doutora: Eugénia Grilo

Dezembro/2019

**ANEXO AC – CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE ADULTO/IDOSO COM  
DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA (RESUMO)**



## RESUMO

A deglutição comprometida é uma condição comum, de elevada prevalência na população idosa e em pessoas com doenças neurológicas, neurodegenerativas e com alterações estruturais decorrentes de tumores e traumas. Tem grande impacto no indivíduo a nível biopsicossocial pelo risco de pneumonia de aspiração, desnutrição, desidratação, pelo medo de comer/beber e pela privação social. Está relacionada com o aumento do tempo de internamento, das taxas de mortalidade e dos custos em saúde, com um pior prognóstico a longo prazo e com uma diminuição da qualidade de vida. O aperfeiçoamento das estratégias terapêuticas nestes doentes é um dos pilares para abordar esta a problemática cuja dimensão real não é totalmente conhecida.

**Objetivos:** melhorar o conhecimento sobre os cuidados de enfermagem ao doente com deglutição comprometida e identificar os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes em diferentes contextos de cuidados.

**Metodologia:** revisão integrativa da literatura, com pesquisa de artigos científicos nas bases de dados *complementay index*, *academic search complete*, *science direct*, *science citation index* e *social sciences citation index*, a partir do motor de busca *B-on* com os termos de pesquisa, *Swallowing disorders*, *elderly*, *nursing care*, no período de outubro a dezembro de 2019. Os 9 artigos científicos foram selecionados e analisados a partir da metodologia PI(C)OD.

**Resultados:** a análise dos artigos permitiu identificar um conjunto de intervenções de enfermagem prestadas aos doentes com compromisso da deglutição suscetíveis de prevenirem complicações, salientando-se a identificação precoce do problema e estratégias de reabilitação por parte de um especialista.

**Conclusões:** uma intervenção de enfermagem especializada em doentes com deglutição comprometida pode ter um efeito clínico significativo na melhoria do compromisso da deglutição e na prevenção de complicações. Esta temática ainda é pouco explorada sendo necessário o desenvolvimento de novas pesquisas com eixo norteador de uma prática mais sistematizada.

**PALAVRAS CHAVE:** Deglutição comprometida, idoso, cuidados de enfermagem



**ANEXO AD – 2.º SIMPÓSIO ELCOS “UM OLHAR SOBRE A ÚLCERA POR PRESSÃO”**



## **Declaração Comprovativa de Frequência Formativa**

Para os fins convenientes se declara que **José Feiteirona**, portador(a) do documento de identificação com o número **11597047**, frequentou, como formando(a), o 2º Simpósio ELCOS "Um Olhar Sobre a Úlcera por Pressão" – 8ª Jornada Mundial para a Prevenção das Úlceras por Pressão, promovido pela **ELCOS – Sociedade Portuguesa de Feridas e Centro de Estudos e Investigação em Feridas**. O Simpósio ELCOS, que conta com a certificação da EWMA, decorreu no Auditório da Câmara Municipal de Portalegre, no dia 26 de outubro, com a duração de 8 horas, conforme Plano Curricular.

26 de outubro de 2019

ELCOS  
Sociedade Portuguesa de Feridas

Kátia Furtado  
(Presidente)